9

ÉTUDE

DU

SARCOME DE LA LANGUE

PAR

LE Dr EUGÈNE LELEUX

LILLE
IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1903

ÉTUDE

DU

SARCOME DE LA LANGUE

PAR

LE Dr EUGÈNE LELEUX

LILLE
IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1903

A MA GRAND'MÈRE

—

A MES PARENTS

—

A MES ONCLES ET TANTES

—

MEIS ET AMICIS

A mes Maîtres

de la Faculté libre de Lille

—

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CARLIER

Parmi les tumeurs de la langue, le sarcome est une des formes néoplasiques exceptionnelles. Il n'occupe pas encore une place importante dans le cadre nosologique et sa rareté relative est la raison qui nous a décidé à l'étudier.

Commencé à la suite d'une observation clinique, ce travail n'a pas la prétention d'être un mémoire vraîment original; nous le considérons plutôt comme une revue générale de la question, que nous avons faite avec un soin consciencieux,

Arrivé au terme de nos études, il nous est particulièrement agréable de pouvoir unir dans une même pensée de reconnaissance nos Maîtres de la Faculté libre de Lille et leur affirmer publiquement nos remercîments sincères.

M. le professeur Augier a bien voulu nous donner de précieux conseils et des renseignements importants pour la rédaction de la partie histologique de notre thèse; qu'il veuille bien en recevoir ici l'expression de notre vive gratitude.

A M. le docteur Franchomme qui, depuis le début de nos études jusqu'à ce jour, n'a cessé de nous témoigner un intérêt tout particulier, nous adressons notre meilleur souvenir.

M. le professeur Carlier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; nous apprécions vivement le grand honneur qu'il nous fait.

AVANT-PROPOS

HISTORIQUE. — BIBLIOGRAPHIE

Le sarcome de la langue est une tumeur relativement rare. Si l'on consulte en effet tous les traités classiques de pathologie externe, l'on verra que cette affection est passée sous silence par la plupart d'entre eux. Quelques-uns la mentionnent à peine, et le mémoire de Marion en a été en France la première étude complète.

Tillaux, dans la cinquième édition de sa Chirurgie clinique, a ajouté récemment l'alinéa suivant au chapitre des tumeurs de la langue : « Le sarcome est quelquefois pédiculé, plus souvent interstitiel et séparé des parties voisines par une capsule d'enveloppe. Il diffère cliniquement de l'épithéliome en ce qu'il se développe également dans les deux sexes et de préférence chez les jeunes sujets, ce qui d'ailleurs est le propre du sarcome en général ».

Broca, dans le Traité de chirurgie de Duplay et

de Reclus, en dit à peine quelques mots, et du reste, il suffit pour nous rendre compte de l'état de la question avant 1885, de nous rappeler ce que dit Butlin dans son Traité des maladies de la langue : « Le sarcome primitif de la langue doit être considéré comme une forme excessivement rare de tumeur et je n'ai pu en réunir que si peu de cas, qu'il me semble inutile d'essayer une description de cette affection ».

Le premier cas, qui ait été relaté, date de 1867 : c'est Targett qui, en 1890, le trouva dans le *Guy's surgical reports*.

Faut-il donc admettre qu'avant 1867, le sarcome de la langue était méconnu ? Evidemment, non. La cause véritable du la pénurie d'observations réside moins dans la rareté de l'affection que dans le défaut d'examen histologique.

Pouvoir affirmer, d'après les signes cliniques, que l'on se trouve en présence d'un sarcome est en effet, comme on le verra au chapitre du diagnostic, chose bien peu commode, et l'examen microscopique lui-même laisse quelquefois l'observateur perplexe. Or, il est certain qu'autrefois les procédés d'examen microscopique n'avaient pas la précision qu'ils ont acquise aujourd'hui, et que bon nombre de tumeurs sarcomateuses ont été enlevées sans qu'aucun diagnostic histologique ait été formulé. Au point de vue histologique, la tumeur que l'on est le plus souvent amené à confondre avec le sarcome et surtout avec le sarcome à cellules rondes, c'est le

lymphosarcome ; c'est ainsi que Marion, en étudiant les 27 observations qu'il avait pu recueillir au sujet de l'affection, fut obligé d'en éliminer 3 comme se rapportant au lymphosarcome et non au sarcome pur.

Dans l'observation de Hutchinson (1), on voit en effet que la tumeur consistait en de larges alvéoles de forme ronde remplies de cellules lymphoïdes ; les alvéoles étaient limitées par des bandes de tissu fibreux reliées par des tracées plus fines.

Dans l'observation d'Eve (2), la tumeur est constituée par un tissu conjonctif lâche, formant un réseau contenant de nombreuses cellules ovales. D'autres portions de la tumeur sont plus denses et sont constituées par de petites cellules rondes et fusiformes. Il n'y a pas de fibres musculaires.

Même constitution dans la tumeur de Beregszaszy (3). Le reticulum conjonctif constitue donc la caractéristique du lymphosarcome.

En 1869, deux nouveaux cas de sarcome de la langue sont relatés : l'un est observé en Amérique par Jacobi (4) chez un enfant de onze semaines et l'autre en Allemagne par Hüter (5) chez une femme enceinte de cinq mois. A la même époque, Heath (6)

(1) Jonathan Hutchinson. — *Lancet*, 13 juin 1885.

(2) Eve. — *Transact. of the path. Soc. of London*, 1886.

(3) Beregszaszy. — *Krankheiten der Zunge, von Butlin. Deutsch bearbeitet von Beregszaszy*, p. 226, Wien 1887.

(4) Jacobi. — *The american Journal of obstetris*, mai 1869.

(5) Hüter. — *Berl. klin. Wochenschrift*, 1869, n° 32.

(6) Heath. — *Transact. of the path. Soc. of London*, vol. XX, p. 157.

en Angleterre a l'occasion d'enlever une tumeur qu'il prend pour un cancer médullaire. L'examen microscopique permet d'affirmer que l'on se trouve en présence d'un sarcome.

En 1873, autre cas rapporté par Targett.

De 1873, il faut aller jusqu'en 1885 pour trouver signalé un nouveau cas de sarcome pur et c'est le professeur Albert (1) de Vienne qui le présente.

L'attention a été mise en éveil et à partir de cette époque plusieurs tumeurs sarcomateuses sont signalées par Eve (2) en 1886, Godlee (3) en 1887, Sautesson (4), Butlin (5) et Beregszaszy (6). L'observation de M. le professeur Poncet (7) en 1888 permet d'affirmer que la tumeur observée est réellement du sarcome. Elle fut examinée par le professeur Bard qui en donna une description histologique complète.

Le 16 novembre de la même année, le *Journal de Médecine* de Bordeaux (8) relate le cas du docteur Mandillon ; il s'agit d'une jeune fille de 20 ans opérée deux fois déjà pour une tumeur récidivante de la langue. Est-ce un sarcome ? Telle est la question posée. M. Demons le croit et, en effet, l'examen

(1) Albert. — *Wiener medic. Presse*, 1885, p. 171.

(2) Eve.— *Transact. of the path. Soc. of London*, vol. XXXVII, p. 223.

(3) Godlee. — *Transact. of the path. Soc. of London*, vol. XXXVIII, p. 346.

(4) Sautesson. — *Nord med. Arch.*, t. XIX, n° 18.

(5) Butlin. — *Lancet*, 26 mars 1887.

(6) Beregszaszy. — *Traduction des Maladies de la langue*, de Butlin ; Wien, 1887, p. 226.

(7) Poncet. — *Lyon médical*, 1888.

(8) Mandillon.— Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 nov. 1888.

microscopique pratiqué ultérieurement vient confirmer le diagnostic clinique.

En 1890, nouveau sarcome de la langue à cellules fusiformes signalé par M. Mercier (1) dans la *Revue de la Suisse romane.*

C'est alors que le docteur Targett (2) rassemble les 11 observations qu'il a pu trouver, et en fait l'objet d'un court mémoire.

En 1892, Max Scheier (3) publie une observation personnelle et l'accompagne d'un excellent commentaire et d'un tableau relatant 17 autres cas. C'est à ce tableau que nous avons joint les observations recueillies par nous pour présenter celui que nous avons établi.

Stern (4) découvre un sarcome à cellules fusiformes chez un enfant de quatre ans.

Paraissent alors les observations d'Onodi (5), de Perman (6) qui, en 1894, opère du sarcome une femme de 30 ans ; Dunham (7), en 1895, enlève à un homme de 61 ans une tumeur de la langue que l'examen microscopique révéla être un sarcome constitué surtout par de grandes cellules rondes.

D'autre part, Barker (8) rapporte un cas de tumeur sarcomateuse située sur le dos de la langue.

(1) Mercier. — *Revue de la Suisse Romande*, 1890, n° 4.
(2) Targett. — *Guy's surgical reports*, 1890, n° 47.
(3) Max Scheier. — *Berliner klin. Wochenschrift*, 1892, p. 534.
(4) Stern. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 2 juin 1892.
(5) Onodi. — *Revue de laryngologie*, 15 oct. 1895.
(6) Perman. — *Buffalo med. and surg. Journal*, 1894, p. 148.
(7) Dunham. — *The american Journal of med. sciences*, sept. 1895, page 259.
(8) Barker. — *Holmes System of Surgery*, vol. II, p. 576.

Jusqu'à cette époque, aucun mémoire véritablement digne de ce nom n'a été publié en France sur le sarcome lingual.

C'est à M. Marion (1) que revient l'honneur d'avoir fait le premier une étude approfondie de l'affection. Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Berger, un sarcome récidivant de la langue, il reprit entièrement la question, parvint à rassembler 24 observations, et c'est l'étude de ces 24 observations qui lui permit, en 1897, de publier son mémoire dans la *Revue de Chirurgie*.

Quant à nous, en 1902, nous avons eu la bonne fortune d'observer et de suivre, avec notre ami le Dr Franchomme, un malade atteint d'une tumeur de la langue dont le diagnostic clinique était obscur. Notre excellent maître, M. le professeur Augier, ayant bien voulu en pratiquer l'examen histologique, reconnut l'existence du sarcome.

En étudiant la question, nous pûmes constater que les auteurs classiques la passaient généralement sous silence. Nous recherchâmes alors les observations éparses et nous les avons rassemblées. Nous en présentons quatre nouvelles.

Notre travail n'a pas la prétention d'éclipser celui de M. Marion, mais il pourra peut-être le compléter sur certains points. A ce titre, nous le présentons avec confiance à nos juges comme une mise au point consciencieuse d'une question encore peu connue.

(1) Marion. — *Revue de Chirurgie*, 1897, p. 193.

DESCRIPTION

ÉTIOLOGIE. — TRAUMATISME. — HÉRÉDITÉ.

La pathogénie du sarcome comme celle d'un grand nombre de tumeurs, est obscure, sinon tout à fait ignorée.

Conheim affirme que les néoplasmes reconnaissent pour cause première l'inclusion dans les tissus d'éléments fœtaux, inclusion due elle-même à un trouble dans l'organisation embryonnaire.

Faut-il, au lieu de cela, admettre l'opinion de Bard, pour qui les tumeurs sont le produit d'un processus spécial qui constitue une sorte de monstruosité du développement cellulaire, ou les idées de Jürgens qui considère le sarcome comme ayant une origine parasitaire ?

Ce qu'il faut admettre, et l'étude de nos observations en fournit la preuve, c'est que le traumatisme joue certainement un rôle assez important dans la production du sarcome.

« Les influences physiques et mécaniques si puis-

santes à engendrer l'inflammation, dit Lancereaux dans son *Traité d'anatomie pathologique*, n'ont au contraire qu'une faible tendance à produire des néoplasmes. Ce n'est pas toutefois qu'il manque des faits où ces altérations soient survenues à la suite d'un traumatisme ; des sarcomes ont été observés à la suite d'une fracture des os ou d'une simple contusion du tissu conjonctif. »

Il n'est donc pas douteux que le traumatisme, joint toutefois à une prédisposition locale, doit être incriminé comme une des causes, nous ne dirons pas déterminantes, mais du moins occasionnelles du sarcome lingual, et à ce point de vue, les morsures, les mauvaises dents, les chicots, l'irritation prolongée du tabac et de l'alcool doivent être accusés.

Dans l'observation de Dunham, l'on constate que le sujet en question est un grand fumeur (10 pipes en moyenne par jour), et que 8 mois avant l'opération, à la suite d'une morsure de la langue, il apparut une ampoule qui ne disparut pas mais qui, irritée constamment au contact de dents gâtées, devint dure au bout de trois mois. Depuis ce temps, elle grossit lentement jusqu'à atteindre le volume qu'elle avait au moment de l'intervention : la tumeur avait alors un centimètre et demi de diamètre.

Dans l'observation de Marion, l'on voit que les trois grosses molaires supérieures, ainsi que la première molaire inférieure du côté correspondant au sarcome, sont entièrement gâtées et c'est sur ces chicots que la tumeur se moule.

Littlewood rapporte que le sarcome qu'il a constaté, s'est développé à la suite d'une ulcération consécutive à une brûlure de l'organe.

Dans l'observation de Melchior-Robert, il est dit que la mâchoire inférieure du côté droit porte plusieurs chicots qui ont ulcéré la surface de la tumeur. La mâchoire supérieure présente aussi deux chicots peu saillants. Comme dents saines, il reste, du côté droit, deux petites molaires et la canine en haut, les quatre incisives et deux molaires en bas.

Enfin, dans notre observation personnelle, il est dit, qu'en un point de la mâchoire supérieure correspondant exactement au néoplasme, il existait des débris irréguliers et coupants de dents cariées et M. le Dr Franchomme, supposant que la tumeur pouvait être due à l'irritation chronique de la langue occasionnée par ces fragments, en fit l'extraction.

Pour certains auteurs, l'hérédité a été invoquée comme favorisant l'éclosion du sarcome. Cette cause ne peut être mise en doute pour certains genres de tumeurs, le cancer en particulier, et à ce sujet Broca cite l'exemple d'une famille où, en moins de 70 ans, seize membres sont morts cancéreux ; mais pour le sarcome le fait est plus difficile à démontrer ; aucun cas n'est en effet relaté dans nos observations : seul le docteur Mandillon relate que l'oncle de la malade qu'il a opérée, avait été traité par lui pour un sarcome de la cuisse qui récidiva deux fois.

Age. — Le sarcome lingual peut survenir à tout

âge, mais il est certain que sa fréquence atteint son maximum vers l'âge de 30 ans.

Le sarcome congénital est excessivement rare ; l'observation de Jacobi en est pourtant un exemple. Il s'agit d'un enfant de 11 semaines, chez qui la mère, quelques heures après la naissance, avait remarqué une tumeur de la langue, qui grossit lentement et finit par atteindre le volume d'une noix.

En ajoutant les cas que nous relatons aux 21 de Marion, où l'âge est signalé, voici la statistique que l'on arrive à établir :

14	sarcomes	linguaux	chez des individus	de moins de 30 ans.
3	—	—	—	entre 30 et 40 ans.
4	—	—	—	entre 40 et 60 ans.
4	—	—	—	au-dessus de 60 ans.

Sexe. — Le sarcome lingual semble affecter une certaine prédilection pour le sexe masculin. Sur 25 observations, en effet, où le sexe est indiqué, on trouve 14 cas chez des hommes et 11 chez des femmes. Il ressemble en cela au sarcome des os qui, d'après Schwartz, atteint, sur 196 cas observés, 112 fois des hommes et 74 fois des femmes.

Siège. — Le siège du sarcome de la langue est excessivement variable ; il peut occuper indifféremment tous les points de cet organe. Voici, du reste, une statistique que l'étude de nos observations a permis de formuler :

Base de la langue : 5 cas (Albert, Schulten, Scheier, Perman et Onodi) ;

Dos de la langue : 6 cas (Jacobi, Hüter, Mikulicz, Barker, Targett et Lichtwig) ;

Bord de la langue : 4 cas (Stern, Marion, Melchior-Robert et observation personnelle) ;

Face inférieure : 4 cas (Heath, Godlee, Mandillon et Targett) ;

Masse de l'organe : 6 cas (Sautesson, Butlin, Mikulicz, Targett, Poncet et Littlewood).

Aspect. — Le plus souvent, le sarcome lingual revêt la forme d'une tumeur arrondie dont les dimensions n'ont absolument rien de fixe. De la grosseur d'un petit haricot dans notre cas personnel, de la grosseur d'une noisette dans le cas de Lichtwig, de la grosseur d'une noix dans les observations de Jacobi, de Mercier, Marion et Melchior-Robert, d'un œuf de poule dans celle de Schulten, il peut atteindre un volume considérable et envahir toute la base de la langue au point de rendre invisibles au laryngoscope l'épiglotte et les cordes vocales (cas de Max Scheier), ou encore remplir toute la cavité buccale et empêcher d'apercevoir le voile du palais, comme dans le cas de Poncet.

Ce volume varie du reste avec l'époque où l'intéressé vient consulter le chirurgien ; très minime au début, de la grosseur d'une tête d'épingle, le sarcome prend en très peu de temps un accroissement considérable que seule l'opération peut limiter.

Sa consistance est également des plus variables ; tantôt ferme et élastique (Jacobi, Mercier, Targett, Lichtwig, Melchior-Robert), tantôt mixte, c'est-à-dire

dure en certains endroits et molle en d'autres (Albert), elle est parfois tout à fait molle (Scheier), ou semi-dure (cas personnel).

VARIÉTÉS

Avec M. Marion, nous distinguerons deux variétés de sarcome lingual : le sarcome pédiculé et le sarcome interstitiel.

Variété sessile ou interstitielle. — Les tumeurs interstitielles prennent naissance dans la charpente fibreuse sur laquelle s'appuient les fibres musculaires de la langue. Le plus souvent, les tissus nobles ne sont pas intéressés ; le sarcome les refoule simplement et s'entoure d'une enveloppe celluleuse plus ou moins nette, ce qui favorise l'opération qui consiste alors en une simple énucléation. C'est cette variété qui rend le diagnostic difficile et il n'est pas une tumeur que l'on ne puisse confondre avec le sarcome. Nous le verrons tout à l'heure, les gommes syphilitiques ou tuberculeuses, les lipomes, fibromes, kystes présentent en effet les mêmes symptômes et il est impossible par le simple examen d'en tirer des caractères distinctifs bien nets.

Au point de vue du pronostic, il semblerait que cette forme de tumeur présentât moins de malignité, mais les résultats opératoires prouvent que ce n'est pas un principe absolu. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire l'observation de Scheier : la tumeur était molle et se laissa facilement énucléer en lais-

sant après elle une cavité profonde ; malgré cela, cinq semaines après l'opération, apparut une légère tuméfaction qui se développa avec une telle rapidité qu'au bout de huit jours tout le plancher buccal était envahi par une tumeur ferme ; la généralisation ne se fit pas attendre et le malade mourut quelques mois après de cachexie et d'inanition.

Au lieu d'être nettement limitée, la tumeur peut se glisser entre les éléments anatomiques normaux ; les cellules sarcomateuses infiltrent peu à peu le tissu musculaire, de sorte qu'il est difficile de préciser les limites du tissu morbide.

Variété pédiculée. — Dans une seconde variété, le sarcome prend naissance dans le tissus sous-muqueux et tend à évoluer, non plus dans les muscles de la langue, mais au dehors, c'est-à-dire vers la cavité buccale. Il refoule devant lui la muqueuse qui le revêt, si bien que celle-ci finit le plus souvent par éclater, en formant une sorte de calice de chaque côté de la tumeur qui s'épanouit au point de constituer un véritable champignon (observation de Berger) ; un pédicule le relie au tissu lingual ; ce pédicule est court, plus ou moins étroit et l'on peut parfois le limiter nettement dans le tissu lingual.

Pour qu'il y ait ulcération, il faut que la tumeur ait déjà atteint un certain volume ; il est alors facile de comprendre qu'il survient un moment où les éléments de la muqueuse arrivent à leur summum de distention et finissent par se rompre ; il est néces-

saire d'ajouter aussi que le traumatisme, occasionné par les dents gâtées ou par le frottement des aliments, joue un certain rôle et favorise certainement cette usure de la muqueuse.

Cette variété pédiculée de sarcome lingual est la plus rare, nous n'en avons trouvé que 6 cas : ce sont les cas de Mikulicz, Perman, Mercier, Marion, Lichtwig et Melchior-Robert.

SYMPTOMES

A l'exemple des autres tumeurs de la langue, telles que le lipome et le fibrome, le début du sarcome lingual est complètement insidieux.

A la suite d'un incident quelconque, à la suite d'une morsure par exemple, comme dans le cas de Marion, le malade remarque un petit bouton sur l'un des bords de la langue, il n'y prête d'abord aucune attention, mais effrayé bientôt du volume de plus en plus considérable de la tumeur, il se décide à consulter un médecin. A quelle époque exacte remonte l'apparition du sarcome? Impossible de le savoir, mais, et c'est en cela qu'il diffère des tumeurs tout-à-fait bénignes, ce n'est pas depuis 10, 12 ou 20 ans que l'intéressé se plaint d'une certaine gêne dans la bouche, c'est depuis six mois (Heath), depuis un an (Albert), depuis deux mois (Melchior-Robert), depuis six semaines (observation personnelle).

Dans la majorité des cas, c'est la gêne occasionnée par la tumeur qui la fait découvrir au malade. Notre sujet se plaignait de troubles de la mastication et

de la parole; dans le cas de Marion la langue « accrochait les dents »; dans celui d'Albert il y a des troubles de déglutition; dans celui de Mikulicz absence de douleur et de gêne, sauf de la parole; dans le cas de Scheier les premiers troubles observés sont des troubles de déglutition. Ces symptômes varient du reste avec le siège de la tumeur et il est certain que, si elle occupe la partie antérieure de l'organe, elle éveillera des sensations tactiles et douloureuses qu'on trouvera bien atténuées si elle siège dans la partie postérieure. Dans ce dernier cas, le contact des arcades dentaires n'existant plus, ce sera du côté de la déglutition et de la respiration que les premiers désordres feront leur apparition.

Nous n'allons pas revenir sur les symptômes objectifs: ils ont été décrits plus haut; rappelons cependant que le sarcome peut atteindre un volume variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une grosse orange (cas de Poncet); ses dimensions peuvent même s'accroitre si l'opération ne vient l'arrêter dans son évolution. Passons plutôt aux symptômes subjectifs.

Le premier symptôme observé, avons-nous dit, c'est la gêne dans les différentes fonctions dévolues à la langue; un autre symptôme peut parfois se présenter, mais il est très rare : c'est la douleur.

Le sarcome en effet, contrairement au cancer et aux ulcérations tuberculeuses, a pour caractéristique d'être une affection relativement indolente. Sans doute, le malade de Scheier se plaint des

douleurs s'irradiant dans la mâchoire inférieure et dans l'oreille, mais, comme dit Marion, ces douleurs ne sont-elles pas plutôt le fait de l'ulcération de la muqueuse ?

Le volume de la tumeur, s'accroissant de plus en plus, les troubles prennent à leur tour un accroissement de plus en plus prononcé ; la mastication et la phonation deviennent difficiles surtout si la pointe de la langue est intéressée. La fonction du goût peut s'altérer, la sensibilité tactile peut aussi être diminuée. Quant à la déglutition et la respiration, si la tumeur occupe la base de la langue, il est évident qu'elles sont également troublées, témoin le cas de Scheier où le malade ne peut avaler qu'avec peine les aliments solides et se plaint de ne pouvoir respirer librement. Notons en passant que des hémorrhagies ont été signalées, mais, contrairement au cancer, ces hémorrhagies consistent plutôt en quelques filets de sang dans la salive (observations de Perman, Mikulicz, Melchior-Robert, où le saignement se produit surtout au contact des dents pendant la mastication).

L'engorgement ganglionnaire a été constaté ; il est rare et peu important ; ce qui vient à l'appui de la théorie qui veut que le sang, et non les lymphatiques comme dans le cas de tumeur cancéreuse, soit la principale voie de généralisation du sarcome. Dans notre cas, il n'existe pas de ganglions appréciables et il en est de même dans la plupart des observations publiées.

Le malade de Targett, celui de Max Scheier présentent cependant dans la région sous-maxillaire un ganglion volumineux roulant sous le doigt, pas douloureux à la pression ; dans le cas de Scheier, on opère le malade le 16 janvier sans enlever le ganglion, et déjà à la fin d'avril les ganglions du côté gauche étaient envahis. Cette tuméfaction gagnait bientôt le côté droit et arrivait à comprimer tellement la trachée des deux côtés qu'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie ; à partir de ce moment la tumeur de chaque côté prit un volume énorme et le malade mourut en décembre.

Il n'y a donc pas de doute, le sarcome lingual peut se généraliser aux ganglions et donner naissance à une adénopathie, mais c'est l'exception et quand l'engorgement existe, il est généralement de *nature inflammatoire*. Il suffit pour s'en convaincre, de se rappeler le malade de Marion : le ganglion sous-maxillaire gauche était tuméfié ; il existait un ganglion sus-hyoïdien médian et un ganglion sous-maxillaire droit ; or, ces ganglions, enlevés et examinés au microscope, furent reconnus comme étant simplement des ganglions enflammés.

Le sarcome lingual, avons-nous dit, est tantôt interstitiel, tantôt pédiculé ; nous avons examiné les symptômes dont il est la cause, la manière de se comporter vis-à-vis de la charpente musculaire de la langue ; il nous reste maintenant à examiner l'état de la muqueuse linguale.

L'un des traits caractéristiques de la tumeur cancéreuse, c'est son adhérence rapide à la muqueuse de la langue. Dans le cas de fibrome ou de lipome, au contraire, la muqueuse reste pour ainsi dire indépendante de ces tumeurs ; elle ne fait pas corps avec elles ; il en est de même dans le cas de sarcome interstitiel : la muqueuse glisse au-dessus de lui et ce symptôme, difficile à percevoir pour les tumeurs de la face dorsale où les muscles se fixent à la face profonde de la muqueuse, est au contraire très facile à constater pour le sarcome de la face inférieure.

La muqueuse est donc respectée, le revêtement épithélial est régulier et les papilles sont bien distinctes.

Ceci est vrai quand il s'agit d'un sarcome tout-à-fait interstitiel ou ne formant qu'une légère saillie à la surface de la muqueuse, mais il n'en est plus de même dans le cas de sarcome pédiculé.

La tumeur par son volume finit alors par faire éclater la muqueuse, il se produit une ulcération, mais, caractère distinctif du sarcome et du cancer, aucune modification ne survient dans la constitution du revêtement épithélial ni des papilles ; la muqueuse qui forme comme un calice à la tumeur nous présente les caractères ordinaires de la muqueuse linguale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le sarcome de la langue, comme les sarcomes en général, est constitué par du tissu conjonctif embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications nécessaires pour devenir tissu adulte.

Parmi les nombreuses variétés que peut revêtir le sarcome, il résulte, de l'examen de nos observations, que le sarcome lingual peut affecter trois formes : sarcome à cellules rondes, sarcome fasciculé, sarcome à myéoloplaxes.

Sarcome à myéoloplaxes. — Un exemple de sarcome à myéoloplaxes nous est fourni dans l'observation de Heath. Voici, en effet, les résultats de l'examen microscopique : « Les éléments cellulaires se présentent sous deux aspects très différents : les uns sont constitués par de grandes cellules à noyaux volumineux ne présentant pas grande cohésion les unes avec les autres. Elles sont régulièrement arrondies ou ovales ou encore allongées et présentant un ou plusieurs appendices ressemblant à des queues ; quelques-unes se présentent sous forme de

lamelles très irrégulières comme bords et comme surface. Les noyaux varient comme taille, forme et netteté, souvent très volumineux, quelquefois allongés comme les cellules, uniques généralement ; cependant on trouve quelques cellules contenant deux ou trois noyaux.

» La seconde variété d'éléments cellulaires est surtout remarquable par ses noyaux. Les cellules sont mal limitées et forment par leur ensemble une sorte de masse granuleuse au milieu de laquelle on trouve des noyaux ; ceux-ci varient du volume d'un globule sanguin à celui d'un globule de pus ; ils sont pour la plupart ronds ou ovales et s'allongent à mesure que le stroma devient plus fibreux ; en quelques endroits les noyaux sont si abondants qu'on ne peut découvrir de substance internucléaire. »

D'après cet examen, il semble donc que la tumeur, observée par Heath, est constituée à la fois par des cellules rondes (seconde variété) et par des myéoloplaxes associées à des cellules fusiformes (première variété).

Sarcome fasciculé. — Un beau cas de sarcome fasciculé nous est donné dans l'observation de Berger.

« Après coloration à l'hématéine et à l'éosine, des coupes de la tumeur, pratiquées perpendiculairement à la surface de la muqueuse, donnent les détails suivants : au-dessous du niveau de la muqueuse

on aperçoit des amas fortement colorés en violet (faisceaux musculaires coupés suivant différents sens) entre lesquels existent des travées rosées peu abondantes (cellules allongées qui s'infiltrent dans le tissu conjonctif interfasciculaire).

» Plus on avance dans l'épaisseur de la langue, plus ces travées sont minces et rares ; plus on se rapproche de la surface, plus on voit les travées écarter les faisceaux musculaires, se réunir les unes aux autres, si bien qu'au niveau de la surface il n'existe plus qu'un tissu cellulaire sarcomateux ; à ce niveau, les cellules, qui se sont orientées pour venir passer à travers la déchirure de la muqueuse sous le moindre volume, sont toutes parallèles entre elles sauf en certains points où il existe de petits tourbillons. Ces cellules sont serrées les unes contre les autres et laissent peu de place pour une substance intercellulaire ; il n'existe en aucun point de stroma conjonctif ou autre. Ces cellules sont très allongées, terminées en pointe, présentant un noyau allongé comme elles, noyau vésiculeux contenant quelques granulations fixant peu les matières colorantes. »

Sarcome à cellules rondes. — On trouve enfin une troisième variété de sarcome lingual : c'est le sarcome à cellules rondes. Ce dernier nous intéresse d'autant plus que nous l'avons observé nous-même.

Or, voici les détails que nous montrent les coupes de notre tumeur, colorées à l'hématoxyline.

Sous la muqueuse, dont l'épithélium est aminci,

mais normal avec des papilles distinctes, on aperçoit un tissu constitué par des éléments jeunes qui forment par leur juxtaposition, une plaque volumineuse dans laquelle on ne trouve pas de groupement spécial des éléments anatomiques.

Ces cellules sont petites, arrondies, tellement serrées les unes contre les autres, qu'elles ne sont unies entre elles que par un tissu inter-cellulaire à peine visible. Elles sont formées d'un noyau volumineux à contours bien tranchés et d'un protoplasma peu abondant sans membrane propre. De nombreux vaisseaux embryonnaires sont inclus dans ce tissu, constitués par une simple couche de cellules. Au milieu de la préparation, on voit également quelques faisceaux musculaires entre lesquels existent des travées de cellules sarcomateuses. En quelques points isolés, surtout au voisinage des vaisseaux, on aperçoit des amas de cellules à noyaux plus fortement colorés.

En résumé, le sarcome à cellules rondes est composée de cellules réunies par une petite quantité de substance intermédiaire molle et amorphe, alimentées par des vaisseaux. Les cellules petites, globulaires, assez régulières, sont formées d'un noyau relativement volumineux à contours bien nets, et d'un protoplasma peu abondant sans membrane propre, qui devient manifeste après durcissement de la tumeur et coloration de la préparation par le carmin (Lancereaux).

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Rien n'est plus délicat que le diagnostic du sarcome de la langue et il n'est pas de tumeur soit liquide, soit solide, que l'on ne puisse confondre avec lui.

A première vue, le diagnostic est absolument impossible, c'est par des éliminations successives que l'on arrive à le formuler et encore bien souvent l'examen microscopique viendra détruire l'hypothèse que l'on avait établie.

Essayons néanmoins dans ce chapitre de classer les caractères propres aux tumeurs que l'on peut rencontrer dans le tissu lingual et supposons-nous en présence d'un individu atteint d'une tumeur de la langue?

Quelles hypothèses devrons-nous discuter?

Nous pouvons nous trouver en présence d'une tumeur vasculaire.

1° *Diagnostic différentiel du sarcome et d'une tumeur vasculaire.* — Les caractères propres de l'anévrysme circonscrit ou de l'angiome sont assez nets. L'anévrysme circonscrit est en rapport avec une muqueuse de coloration normale qui le recouvre

sans en faire partie, mais en touchant la tumeur avec le doigt on sent des pulsations et des frémissements intérieurs ; de plus son volume augmente pendant les efforts, surtout quand le sujet parle à haute voix.

Dans le cas d'angiome, la tumeur présente une coloration rouge vif caractéristique, elle se vide lentement sous la pression pour se remplir dès que la pression a cessé, enfin elle est presque toujours congénitale.

2° *Diagnostic différentiel entre le sarcome et les kystes.* — On a observé à la surface ou dans l'épaisseur de la langue, des kystes de diverses natures : les plus fréquentes sont les kystes séreux contenant un liquide clair, transparent comme de l'eau. Le siège de prédilection est la base de la langue ou bien sa face inférieure. Presque toujours ils sont superficiels, rarement inclus dans les tissus, arrondis, mollasses, élastiques. On peut y percevoir la fluctuation ou la rénitence s'ils sont tout à fait superficiels et à parois minces. Le diagnostic ne peut être difficile que pour les kystes profonds à parois épaisses et à liquide muqueux, mais la mollesse, la figure arrondie pourraient inspirer le doute et conduire à une ponction exploratrice après laquelle il ne saurait plus rester d'incertitude.

3° *Fibrome.* — Le fibrome de la langue siège surtout sur sa face dorsale ; sa marche est beaucoup plus lente que celle du sarcome, sa consistance est plus dure.

4° *Lipome.* — De même que le fibrome, le lipome présente une évolution très lente : le malade dans la majorité des cas porte sa tumeur depuis 10, 15 et 20 ans quand il vient consulter le chirurgien. Il siège surtout à la face inférieure de la langue, il donne la sensation d'une mollesse particulière, caractéristique.

5° *Actinomycose.* — Le diagnostic du sarcome d'avec les lésions d'actinomycose peut être difficile. M. le professeur Poncet, en 1888, crut se trouver en présence d'un sarcome actinomycosique alors qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

Le malade en question avait remarqué en 1880 une tuméfaction subite de la langue qui bientôt prit un volume considérable.

La mastication et la phonation devinrent impossibles.

La tuméfaction occupait le côté gauche de la langue ; celle-ci était repoussée du côté droit et en même temps tordue sur son axe, Un médecin appelé fit une incision par où s'écoula un pus jaunâtre, grumeleux, ne ressemblant en rien à du pus bien lié d'un abcès chaud : ce pus était fétide et répandait une odeur infecte. A la suite de cette incision, les symptômes subirent une brusque détente : la respiration redevint libre et le lendemain de l'opération le malade pouvait avaler et parler, mais la tuméfaction de la langue persista en partie : celle-ci resta toujours déjetée à droite.

En 1888, le malade, gêné par la tuméfaction qui

n'a cessé de s'accroître, vint à l'hôpital pour demander un traitement chirurgical. Il ne peut fermer la bouche, la déglutition est très difficile, la respiration est gênée et la parole presque impossible. Lorsque l'on fait ouvrir la bouche, on aperçoit une énorme tumeur remplissant toute la cavité buccale. Cette tumeur n'est autre que la langue considérablement augmentée de volume à sa partie moyenne. En aucun point, on n'aperçoit de lésions inflammatoires ni d'ulcérations, mais la muqueuse linguale fait corps avec le néoplasme qui présente la consistance d'une tumeur solide. Quant à la muqueuse du plancher buccal, elle glisse facilement sur la masse sous-jacente qui la soulève.

L'opération est pratiquée et la tumeur enlevée est reconnue par M. Bard comme étant de nature sarcomateuse.

Les signes, sur lesquels s'appuyait M. Poncet pour porter le diagnostic d'actinomycose, étaient fournis par la marche des accidents, la suppuration, la fétidité du pus et l'absence de récidive.

L'actinomycose linguale est plus rare que les autres formes de l'infection. Cette rareté reconnaîtrait probablement pour cause des conditions anatomiques spéciales à la langue. Constituée en effet par des masses musculaires épaisses, elle offre au développement des actinomyces un terrain beaucoup moins favorable que le tissu cellulaire lâche qui, sous forme de couches parostales, entoure, par exemple, le maxillaire inférieur et qui s'étend au

loin du côté de la fosse temporale et des muscles masticateurs. M. Bonnet en a réuni cinq observations chez l'homme et trois chez des animaux.

L'infection se fait le plus souvent par des épis de blé ou d'orge qui, mâchonnés, ont blessé la langue et l'ont inoculée.

L'affection se manifeste par de la tuméfaction et des nodosités dures légèrement élastiques, fixes, en nombre variable et recouvertes d'une muqueuse saine. Quelquefois il y a des fissures.

Mais, signe propre à l'actinomycose, ces deux formes cliniques tendent également à la formation d'abcès, dont le contenu est caractérisé par la présence de grains jaunes. Les phénomènes douleur et gêne dans les mouvements sont très variables.

6° *Tumeurs syphilitiques.* — La langue est le siège fréquent de lésions syphilitiques, et c'est dans ce cas surtout que le diagnostic est important, car un traitement bien suivi peut en quelque temps enrayer la maladie.

Les tumeurs syphilitiques appartiennent à la période tertiaire de la syphilis, et à ce titre, se manifestent fort tard après l'accident primitif. L'histoire du malade joue donc un rôle important et peut fournir des signes précieux de présomption ; il faut noter avec soin l'existence antérieure d'un chancre induré ou d'accidents secondaires, le développement actuel d'autres lésions syphilitiques telles que caries, exostoses, ulcérations pharyngiennes, tumeurs gommeuses ou viscérales.

Les caractères locaux ont aussi leur importance. Dans le cas de syphilis, dit Tillaux, la tumeur est en général peu apparente à l'extérieur en raison du léger relief qu'elle fait sous la muqueuse, mais si l'on saisit la langue entre le pouce et l'index, on sent un noyau très dur dont il est possible de délimiter nettement les contours et qui s'étend souvent beaucoup plus loin que ne le faisait tout d'abord supposer l'aspect de l'organe. La tumeur gommeuse siège de préférence au centre de la langue, et souvent elle est multiple. Ricord dit que, dans ce cas, la langue semble rembourrée de noisettes.

En tout cas, alors même que le malade nierait tout antécédent syphilitique, il nous paraît logique d'essayer le traitement antisyphilitique, pierre de touche de la maladie. Il devra, à notre avis, être employé pendant 15 ou 20 jours environ avant de décider une autre intervention.

7° *Tuberculose.* — Au début, les gommes tuberculeuses peuvent en imposer pour une tumeur de toute autre nature mais, ici comme pour la syphilis, les commémoratifs sont d'une réelle importance.

La tuberculose linguale est en effet rarement primitive; il existe sans doute des cas où une solution de continuité de la muqueuse déterminée par une morsure, une piqûre, une brûlure, a servi de porte d'entrée à la tuberculose, qui de là se propage au poumon par voie sanguine ou lymphatique, mais le plus souvent, la tuberculose linguale est secondaire et alors différents organes peuvent être

incriminés : poumons, anus (Bucquoy), épidinyme (Otto Weber), ganglions cervicaux (P. Reclus).

Les gommes tuberculeuses de la langue occupent surtout la face dorsale dans la partie moyenne, habituellement elles sont uniques, H. Barth en a cependant trouvé plusieurs. Sphériques, régulières, d'une grande résistance, ne déterminant ni gêne ni douleurs, elles simulent à merveille une tumeur dure, et si les antécédents font défaut, l'aspiration seule bien souvent permettra de résoudre le diagnostic.

Quand elles viennent à s'ulcérer, elles deviennent très douloureuses et cette caractéristique de l'ulcère tuberculeux a une grande importance diagnostique.

8° *Tumeur cancéreuse.* — A l'égal du sarcome, le cancer épithélial peut occuper tous les points de la langue, mais il semble avoir une certaine prédilection pour le bord de cet organe ou la partie voisine de ce bord.

Un élément important de diagnostic réside dans l'âge du sujet. D'après notre statistique, le sarcome semble en effet atteindre surtout l'adolescence, puisque sur 24 cas où l'âge est indiqué, il est survenu 14 fois chez des individus de moins de 30 ans, 3 fois chez des individus entre 30 et 40 ans, 4 fois entre 40 et 60 ans, 3 fois seulement chez des individus ayant dépassé la soixantaine.

Le cancer, au contraire, est d'une rareté exceptionnelle avant 20 ans, toutes les statistiques sont d'accord sur ce point; Barker, sur 290 cas de cancer, n'en trouve que 8 de 20 à 30 ans.

Ainsi donc, une tumeur de la langue développée chez un individu de moins de 30 ans a des chances pour ne pas être un cancer.

Mais l'élément capital du diagnostic repose sur l'adhérence précoce du cancer lingual à la muqueuse. Cette dernière, dans le cas de sarcome, glisse sur la tumeur et en reste indépendante ; si la tumeur est cancéreuse, en peu de temps il s'établit des connexions entre elle et la muqueuse qui s'ulcère, et l'écoulement d'un liquide sanieux, qui en est la conséquence, est caractéristique.

Nous n'avons examiné jusqu'ici que les tumeurs interstitielles; examinons maintenant le cas d'une tumeur pédiculée.

Cette variété de tumeur prête beaucoup moins à l'erreur et seules, deux néoplasies peuvent être incriminées : le cancer et le papillome.

1° *Sarcome pédiculé et cancer.* — L'état de la muqueuse constitue encore un excellent signe distinctif.

Dans le cas de sarcome pédiculé, la muqueuse même rompue par places n'est pas envahie par le tissu morbide et par conséquent ne fait pas corps avec lui. D'autre part, la consistance ferme, la forme étalée, l'absence de bourgeons mollasses donnant naissance à des hémorrhagies sérieuses, l'absence d'engorgement ganglionnaire sont autant de signes qui permettront de reconnaître une tumeur sarcomateuse d'une tumeur cancéreuse.

Enfin, même si la tumeur est franchement ulcérée, l'aspect de l'ulcération est caractéristique et diffère à tous points de vue de l'ulcération cancroïdale dont les bords sont épais, plus ou moins décollés et renversés en dehors, toujours indurés, à fond rougeâtre saignant abondamment.

2° *Sarcome et papillome.* — Le papillome, constitué par une hypertrophie et une néoformation des papilles normales de la muqueuse linguale, se distingue facilement du sarcome par son aspect finement mamelonné ou villeux, son volume, qui ne devient jamais très considérable, et par son développement beaucoup plus lent.

Nous n'insisterons pas sur le *lymphadénome,* dont le diagnostic clinique est impossible. Seul, le siège peut y faire penser ; c'est, en effet, la base de la langue, au voisinage des amygdales, qui est le siège de prédilection de cette variété de tumeurs.

En résumé, le diagnostic du sarcome est rempli de difficultés. Toutes les tumeurs et en particulier les fibromes, lipomes, gommes tuberculeuses ou syphilitiques peuvent en imposer pour une tumeur sarcomateuse, et l'on comprend facilement les résultats fâcheux que peut entraîner cette confusion au point de vue de l'avenir du malade.

Pour certains genres de tumeurs, il est vrai, le diagnostic certain n'est pas d'une utilité très grande. Qu'importe, en effet, que l'on se trouve en présence

d'un lipome, d'un fibrome, d'un cancer ou d'un sarcome, puisque l'intervention est la même : ablation de la tumeur ? Mais il n'en est plus ainsi quand il s'agit d'une tumeur syphilitique, qu'un traitement ioduré bien suivi fera disparaître en quelque temps.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Supposons maintenant la tumeur de la langue enlevée. Y a-t-il hésitation entre tumeur cancéreuse et tumeur sarcomateuse ? L'étude histologique nous permettra de constater, dans le premier cas, la présence de cellules épithéliales pavimenteuses plus ou moins volumineuses, disposées sous formes de lobules séparés les uns des autres par un stroma à larges mailles. Soudées entre elles, les cellules forment des amas plus ou moins réguliers ; les plus superficielles sont disposées perpendiculairement au stroma et renferment un noyau manifeste ; celles qui viennent ensuite sont cubiques, rhomboïdales, munies également d'un noyau apparent avec un nucléole. Les cellules plus intérieures aplaties, fibroïdes, constituent des couches disposées concentriquement à la façon des feuilles d'une tête de chou autour d'une partie centrale incolore, homogène ou contenant des noyaux, on les a désignées sous le nom de globes épidermiques. Le stroma est composé de tissu conjonctif embryonnaire pur, c'est-à-dire, de noyaux

libres, de petites cellules rondes et de vaisseaux, ou de tissu conjonctif fibrillaire (Lancereaux, *Anatomie pathologique*). Nous ne décrirons ici que l'épithéliome pavimenteux classique, car cette forme seule a été trouvée jusqu'ici dans le tissu lingual.

Ce qui caractérise *le sarcome encéphaloïde,* nous l'avons déjà vu, c'est la présence de cellules petites, globulaires, assez régulières, formées d'un noyau relativement volumineux à contours bien tranchés et d'un protoplasma peu abondant, contrairement à celui des cellules épithéliales.

Ces cellules sont réunies par une petite quantité de substance intermédiaire molle et amorphe si peu abondante le plus souvent que les cellules sont presque juxtaposées.

Les vaisseaux sont volumineux, mais difficiles à isoler en raison de la texture de leurs parois formées aussi de tissu embryonnaire.

Le sarcome fasciculé, composé de cellules allongées, disposées régulièrement les unes à côté des autres et formant de véritables faisceaux parallèles, prête à moins de confusion.

Le fibrome adulte, étant le plus souvent une tumeur circonscrite, ne pénètre pas les tissus et c'est en cela surtout qu'il se distingue des fibromes embryonnaires ou sarcomes.

Sa constitution histologique est du reste tout à fait particulière.

Au microscope, on y distingue, en effet, une masse fondamentale fibrillaire, des éléments cellulaires et des vaisseaux.

La substance fondamentale apparaît sous la forme de faisceaux de fibres qui s'entrecroisent dans diverses directions. Chacun de ces faisceaux est constitué par des fibrilles extrêmement délicates, serrées les unes contre les autres.

Les cellules sont, les unes, petites, arrondies, munies de noyaux brillants, les autres allongées, fusiformes ou étoilées.

Quant aux vaisseaux, ils sont plus ou nombreux et dépourvus de tunique adventive : ce qui explique les hémorrhagies graves observées parfois quand la tumeur vient à être entamée par une blessure.

Au point de vue histologique, il est donc assez facile de distinguer le sarcome avec le cancer ou le fibrome, mais ce diagnostic devient plus délicat quand il s'agit de se prononcer en faveur d'un sarcome à cellules rondes, d'un lymphadénome ou d'un bourgeon charnu.

Ce qui caractérise le *lymphadénome,* c'est la présence d'un tissu trabéculaire emprisonnant les cellules, mais ce tissu ne se développe pas entièrement et reste à l'état embryonnaire, aussi le diagnostic est-il rempli de difficultés ! Toutefois, si faible soit-il, ce reticulum existe et, dès qu'on l'a trouvé, le diagnostic de lympho-sarcome s'impose.

Quant au *tissu bourgeonnant,* ce n'est qu'un tissu

inflammatoire jeune et vascularisé. Il est constitué par un grand nombre de jeunes cellules réunies par une substance fibrineuse molle et gélatineuse. Ces cellules sont sphériques, de petit volume, pourvues d'un noyau assez gros relativement à la masse du protoplasma qui l'enveloppe. Des vaisseaux, à parois très minces et ordinairement disposés en anses, les traversent.

A première vue, ce tissu ressemble donc tout-à-fait à un tissu sarcomateux. Quelques différences existent cependant. C'est ainsi que les vaisseaux que l'on trouve dans le sarcome sont plus volumineux, leurs parois sont plus épaisses.

Cette différence serait imperceptible si la disposition des cellules ne venait créer un point d'appui sérieux pour le diagnostic. Le bourgeon en effet, à l'inverse du sarcome, n'infiltre pas les tissus sous-jacents, il reste cantonné à son point de départ et n'envoie pas de traînées de cellules dans les tissus normaux.

Une gomme tuberculeuse au début peut également amener une erreur de diagnostic.

Or, cette tumeur est constituée par une agglomération de granulations miliaires, composées elles-mêmes de petites cellules arrondies ou légèrement aplaties. Pressées les unes contre les autres sur quelques points, ces cellules sont ailleurs séparées en groupes linéaires par une substance brillante, réfringente, tantôt amorphe, tantôt irrégulièrement

fibrillaire. A côté de ces éléments, il existe des corps 8 ou 10 fois plus volumineux : ce sont les cellules géantes.

Des vaisseaux en petit nombre font partie de la granulation tuberculeuse, mais le plus souvent ils sont oblitérés : ce qui explique les différences présentées par cette granulation suivant la période de son évolution. Peu à peu en effet les éléments anémiés s'infiltrent de granulations graisseuses, se déforment et s'atrophient. Plus tard, le tubercule cesse de vivre, il forme une masse sèche, friable, caséeuse, composée de cellules déformées, de gouttelettes graisseuses : il devient alors pour les tissus de son voisinage un corps étranger, les irrite, les enflamme et en amène la destruction. Ainsi se produisent les excavations qu'une gomme tuberculeuse non traitée peut faire naître dans le tissu lingual (Lancereaux).

Quant aux gommes syphilitiques, elles sont formées dès le début par l'apparition au pourtour des plus petits vaisseaux et dans les vacuoles du tissu conjonctif, de petites cellules arrondies plus ou moins abondantes. Les trabécules qui circonscrivent les vacuoles sont peu à peu détruites et les jeunes cellules forment des amas que réunit une gangue plus ou moins fibrillaire.

La partie centrale, mal nourrie, ne tarde pas à s'infiltrer de granules moléculaires qui donnent une apparence opaque ou jaunâtre, tandis que la partie

périphérique, constituée par des éléments plus vivaces, se transforme peu à peu en un tissu conjonctif définitif. Bientôt, les parties centrales peu vasculaires subissent une métamorphose muqueuse ou graisseuse et font de la gomme, une sorte de corps étranger destiné à être éliminé.

Ainsi donc, si au microscope on reconnaît un foyer de nécrose, on pourra affirmer l'existence d'une gomme tuberculeuse ou syphilitique. La confusion est possible entre ces deux affections, mais les syphilomes possèdent une trame conjonctive plus abondante, surtout à la périphérie où elle forme à la masse centrale, une sorte de coque; les éléments cellulaires sont d'ordinaire plus volumineux, mieux nourris, moins atrophiés et moins misérables que ceux des productions de la tuberculose ; ils sont enfin dépourvus de cellules géantes.

Il existe encore une autre cause d'erreur : elle est due *à la forme néoplusique de l'actinomycose*, mais dans ce cas, l'examen microscopique est en général facile.

L'actinomycose est en effet cararactérisée par la présence de petits grains jaunes que l'on trouve à l'intérieur de la tumeur.

Ces grains, de la grosseur d'un grain de mil, sont constitués par une masse centrale d'où émergent des rayons divergents.

La masse centrale consiste en un feutrage inextricable de filaments rectilignes et flexueux, véritable

mycelium. Les rayons divergents sont dûs à des renflements allongés en massue et presque accolés les uns aux autres : c'est une altération du mycelium par les leucocytes.

MARCHE ET PRONOSTIC

L'un des caractères sur lesquels s'appuie le diagnostic du sarcome est fourni par la marche de cette tumeur. Le lipome, le fibrome, les kystes, nous l'avons vu déjà, ont une évolution excessivement lente, contrairement au sarcome dont la marche est très rapide.

Dans l'espace de quelques mois et même de quelques semaines, il prend un volume considérable et cette tumeur, qui avait l'apparence d'un simple bouton, prend une extension telle que le malade s'en effraie et consulte le chirurgien.

Le 1er janvier, notre sujet a senti sur le bord droit de la langue un bouton de la grosseur d'un grain de mil ; 3 ou 4 semaines après, le grain de mil a pris les dimensions d'un gros pois.

Le sujet de Jacobi est âgé de onze semaines et présente sur la moitié gauche de la langue une tumeur du volume d'une noix; sa mère s'était aperçue de la présence de cette tumeur quelques heures après la naissance, mais elle avait un volume si faible qu'elle n'empêchait pas la succion.

Dans l'intervalle de deux mois, le malade de Butlin présentait une tumeur de la grosseur d'un œuf s'étendant depuis l'union du tiers antérieur de la langue avec le tiers moyen jusqu'à la racine. Chez le malade de Scheier, les douleurs et les troubles de la déglutition sont survenus au mois de juin 1890 ; le 19 janvier 1891, c'est-à-dire six mois après, la tumeur a le volume d'un œuf de poule ; elle occupe la plus grande partie de la base de la langue jusqu'à l'épiglotte qu'elle refoule en bas en la recouvrant.

Le sujet de Marion a remarqué deux mois auparavant un petit bouton sur le bord gauche de la langue ; ce bouton a grossi peu à peu et a atteint le volume d'une noisette.

Il en est de même de la malade de Lichtwig dont la tumeur a atteint le même volume dans l'espace d'un mois et demi.

Il existe, il est vrai, des exceptions : la tumeur du malade de Poncet a mis huit ans pour acquérir le volume d'une orange ; le sarcome de Mercier en huit ans n'a pas dépassé le volume d'une noix. Mais en général, on peut affirmer que la marche du sarcome lingual est très rapide et ce point est à considérer pour le traitement.

La terminaison du sarcome lingual abandonné à lui-même est certainement fatale.

Marion cite le cas de Barker où cette terminaison fut observée à la suite de généralisation.

Le malade meurt alors de cachexie et d'inanition.

Mais, convenablement traité, le sarcome lingual

est-il dangereux, mérite-t-il d'être classé parmi les tumeurs malignes, en un mot a-t-il un pronostic fatal ?

Le pronostic du sarcome en général est considéré par la plupart des auteurs comme étant le plus souvent sérieux et il est, disent-ils, d'autant plus grave que son organisation est moins élevée. Aussi, à ce point de vue, est-ce le sarcome à cellules rondes qui occupe le premier rang !

Quénu, dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, s'exprime ainsi : « Le pronostic du sarcome est en général grave. Livrée à elle-même, la tumeur s'accroît au point de créer localement un danger si les progrès de la généralisation lui en laissent le temps. Traitée par les méthodes chirurgicales, elle reparaît trop souvent dans la cicatrice ou à distance ».

Toutefois, si l'on examine les statistiques dressées par Marion et Scheier, il est permis de ne pas assombrir outre mesure le pronostic du sarcome lingual et le considérer au contraire comme relativement favorable.

Marion ne tient compte que des malades qui ont été suivis et revus et voici les résultats auxquels il est arrivé :

Cinq guérisons ;

Trois morts.

Ces guérisons peuvent être considérées comme certaines puisque les malades ont été revus, l'un au bout de 3 ans, l'autre après 8 ans, le troisième après

4 ans, le quatrième après 4 ans, le cinquième après 2 ans.

Les cas de morts sont au nombre de trois : l'un est survenu 2 ans, l'autre 6 mois, le troisième 2 ans après l'intervention.

A cette statistique, on peut ajouter notre cas personnel, puisque notre malade a été revu un an après l'opération, le cas de Marion puisque la récidive a disparu d'elle-même, le cas de Lichtwig dont le malade, 2 ans après l'intervention, ne présentait aucune trace de récidive, celui de Melchior-Robert dont la malade a été revue bien portante 2 ans 1/2 après l'ablation de la tumeur, et l'on arrive à **9 guérisons, 3 morts.**

Scheier arrive à peu près à la même proportion.

Mais comment expliquer cette bénignité du sarcome lingual ? Comment admettre que le siège d'un sarcome dans le tissu lingual comporte un pronostic plus favorable que dans une autre partie de l'organisme ?

Melchior-Robert en attribue la cause à la constitution intime de la tumeur.

En lisant, en effet, l'examen microscopique joint à la plupart des observations que nous avons relatées, il est permis de noter les détails suivants :

Dans l'observation de Heath, « les éléments cellulaires se présentaient sous deux aspects très différents. Les uns étaient constitués par de grandes cellules de dimensions variables, à noyaux volumineux, ne présentant pas de grande cohésion les unes avec les autres... »

Il n'y a pas de doute, il s'agit de myéoloplaxes.

Dans le cas de Godlee, « une ponction exploratrice permit de constater au centre de la tumeur l'existence d'une substance dure ; une pince à forcipressure fut introduite et l'on ramena un fragment simulant l'os et ressemblant à un pisiforme ».

Puisqu'un fragment de tissu osseux ou ossiforme a été retiré de la tumeur, il est donc certain qu'un examen approfondi eût décelé des myéoloplaxes.

Dans le cas de Berger, « sur des coupes colorées à l'éosine, le tissu apparaît semé de points rouges très brillants, ici isolés, là réunis en amas. Ces points, qui représentent des globules sanguins, sont situés dans l'écartement de faisceaux de cellules fusiformes. Cet écartement en certains endroits est minime, il ne contient qu'un ou deux globules ; mais, plus loin, il est considérable et l'on arrive à voir se former ainsi de véritables lacunes capillaires ».

Voilà donc trois observations où sont notés avec précision, soit des myéoloplaxes, soit du tissu osseux évidemment précédé de myéoloplaxes, soit des vaisseaux ou globules sanguins naissants en quantité anormale, qui ont été forcément précédés de cellules vaso-formatives, éléments eux-mêmes très voisins des myéoloplaxes et souvent identiques à ces derniers.

Dans l'observation de Jacobi, « l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une tumeur constituée par des cellules fusiformes. Les parties

périphériques contenaient beaucoup de tissu musculaire et de nombreux vaisseaux capillaires. Ceux-ci étaient pourtant en moins grande abondance que dans la tumeur elle-même ».

Dans les observations de Mercier, de Dunham, la coupe de la tumeur a révélé la formation de nombreux vaisseaux ; il est donc probable que ces vaisseaux ont été précédés de l'existence de grandes cellules vaso-formatives ou de myéoloplaxes nombreux.

Sans doute, dans toute tumeur possédant des vaisseaux, il y a des cellules vaso-formatives à une certaine période de l'évolution, mais la présence de vaisseaux en très grand nombre implique aussi l'existence antérieure d'une très grande quantité de cellules vaso-formatives, sinon de myéoloplaxes, circonstance qui donne un caractère spécial à la tumeur et tend à la rapprocher des tumeurs à myéoloplaxes.

En présence de ces éléments spéciaux, conclut Melchior-Robert, n'est-on pas tenté de rapprocher la plupart des sarcomes de la langue de cette variété de sarcome dite sarcome à myéoloplaxes, variété généralement bénigne et à coup sûr beaucoup moins grave que les autres.

Ainsi seraient expliquées la bénignité et l'allure particulière du sarcome de la langue.

Le grand danger du sarcome lingual, comme du sarcome en général, est constitué par la fréquence des récidives.

Or, dans les 8 observations où la guérison est

considérée comme certaine, la récidive est notée quatre fois.

Dans le cas de Mandillon, la récidive est survenue 3 mois après l'opération. Quelques mois après seconde récidive, nouvelle opération suivie bientôt d'une troisième récidive, et depuis, la guérison s'est maintenue.

Le 21 juillet 1885 et le 27 juillet 1886, Mikulicz opère des récidives de sarcome pour lequel il est intervenu pour la première fois en 1884.

Perman, le 18 mars 1893, excise à l'anse galvanocaustique une récidive de sarcome qu'il a déjà opéré le 18 février.

Le malade de Marion a présenté 3 récidives : la première est survenue un mois exactement après l'opération, le 20 avril; le 26 mai, seconde récidive; le 20 juin, troisième récidive.

M. le professeur Berger, dans ce cas, hésite à proposer une quatrième opération et se décide à attendre ; la tumeur diminue de volume, elle évolue vers la guérison, et le 15 décembre elle a complètement disparu.

Quant à notre cas, il est douteux ; nous voyons qu'un mois environ après l'opération, au niveau de la ligne de suture, des plaques épaisses de leucoplasie apparurent et on crut un moment à la récidive, mais ces végétations disparurent au bout de six semaines.

Dans les cas de Butlin, de Poncet, de Lichtwig, de Melchior-Robert, il n'y eut pas la moindre récidive.

Que conclure de cet énoncé ?

C'est qu'en présence d'une tumeur sarcomateuse, le chirurgien ne doit avoir aucune hésitation et doit instituer immédiatement un traitement convenable de manière à en arrêter l'évolution. La récidive se produira peut-être ; mais qu'importe ? une nouvelle intervention sera faite qui peut-être sera définitive.

Quel est donc le traitement du sarcome de la langue ?

TRAITEMENT

La difficulté du diagnostic amène généralement une certaine hésitation dans le traitement.

Dans l'hypothèse autorisée d'un ulcère simple traumatique, il est bon d'essayer quelques topiques locaux, mais il faut éviter les caustiques dont l'action est généralement nocive.

Le traitement anti-syphilitique devra être employé pendant quinze ou vingt jours et son action très surveillée.

Des injections anti-sarcomateuses ont été employées, même avec succès, si l'on s'en tient à l'observation de Perman qui eut recours à la pyoctanine et arriva à la guérison après énuclation spontanée, mais les faits de ce genre sont encore trop peu nombreux pour qu'en puisse se fier à la nouvelle technique, et dans l'état actuel de la thérapeutique, la meilleure façon d'agir est encore certainement l'ablation totale de la tumeur sarcomateuse.

Comment enlever le tissu malade ?. Faut-il intervenir largement ou faire des opérations limitées ?

Le fait peut se discuter : évidemment le chirurgien

doit dépasser les limites du mal perceptible, c'est une notion élémentaire dans la chirurgie des tumeurs. Mais, dans le cas particulier, l'examen des procédés opératoires tendrait à indiquer comme préférables les interventions limitées sans exérèse complète de l'organe : le succès thérapeutique a couronné des interventions peu graves (observations de Berger, Mandillon, Mercier, observation personnelle).

Mais, si la tumeur est volumineuse, la voie normale et l'extirpation simple ne sont pas possibles.

Le professeur Albert fit une incision sur la ligne médiane depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde, puis à droite parallèlement à la grande corne de l'os hyoïde. Il se fraya alors une voie jusque dans le cavité buccale, tira la langue en dehors de la plaie et après avoir posé deux ligatures de soie en arrière de la tumeur et en avant de l'os hyoïde, coupa la langue en avant des ligatures.

Le sarcome s'étendait au-devant de l'isthme du gosier, de la base de la langue jusqu'à la voûte palatine en masquant les piliers.

Schulten pratiqua d'abord la trachéotomie, fit une incision immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, lia les deux artères linguales et fit l'ablation de la tumeur.

Le sarcome était en effet gros comme un œuf de poule, siégeait dans la racine de la langue et occupait tout le pharynx.

Targett incise la joue gauche, dans l'étendue de

trois centimètres, en arrière de la commissure ; la langue, tirée en avant, est divisée avec des ciseaux sur la ligne médiane, dans l'étendue des 2/3 antérieurs, et la portion gauche est enlevée.

La tumeur a, en effet, le volume d'un haricot et occupe le milieu de la langue, tout en étant plus apparente au côté gauche du frein.

Dans le cas de Scheier, toute la base de la langue est envahie par le sarcome, qui s'applique tellement contre la paroi postérieure du pharynx qu'on ne peut apercevoir ni l'épiglotte, ni les cordes vocales, on ne peut déterminer jusqu'où il descend. L'extirpation paraît impossible par la bouche. Le Dr Körte, après une trachéotomie préalable, fait une incision de la peau, parallèle au bord inférieur du maxillaire gauche, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au bord antérieur du masseter, incision qui, de ce point, se prolonge verticalement en bas jusqu'à l'os hyoïde. Incision de l'artère linguale entre deux ligatures. Le maxillaire inférieur est scié entre la première et la deuxième grosse molaire obliquement, de haut en bas et d'arrière en avant. Les deux fragments du maxillaire étant écartés, on aperçoit la tumeur qui se laisse facilement énucléer en laissant après elle une cavité profonde. On extirpe le fond de la cavité à l'aide de ciseaux et de pinces jusqu'à ce que l'on ne trouve plus que du tissu sain. Toute la plaie est cautérisée au chlorure de zinc, mèches de gaze iodoformée, drainage, suture du maxillaire inférieur avec du fil d'argent, suture de la peau.

M. le professeur Berger recommande spécialement la fente horizontale de la joue partant de la commissure, opération qui permet d'aborder la langue extrêmement loin et de laisser une cicatrice à peine visible.

En résumé, le mode opératoire du sarcome lingual est des plus variables, et il est évident que, si la tumeur occupe la base de la langue et siège dans le pharynx, les moyens que l'on emploiera pour l'aborder ne seront pas les mêmes que si elle occupait la partie antérieure.

Ce qu'il faut éviter avant tout, c'est une intervention trop tardive et à ce sujet, il est bon de ne pas trop insister sur le traitement antisyphilitique que l'on est toujours disposé à employer, quand on se trouve en présence d'une tumeur linguale dont le diagnostic reste en suspens.

Si le traitement ioduré intensif ne donne aucun résultat au bout de quelques semaines, l'hésitation n'est plus permise, l'extirpation doit être proposée immédiatement, il n'en résultera que des avantages pour le malade.

OBSERVATIONS

Observation I

(Targett.— *Guy's Surgical Reports*, 1867.)

Sarcome à cellules rondes et fusiformes.

Albert W.... âgé de deux ans, fut admis dans le service de M. le Dr Durham, pour une tumeur de la langue dont la mère s'était aperçue pour la première fois sept semaines auparavant. Elle avait beaucoup grossi dans les derniers temps ; elle n'était nullement douloureuse. L'enfant ronflait avec bruit pendant son sommeil. Les antécédents de la famille étaient satisfaisants.

A son entrée, l'enfant présentait sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, à peu près à 4 centimètres en arrière de la pointe, une tumeur de consistance molle, blanchâtre et mesurant 2 centimètres environ. Aucun engorgement ganglionnaire. Aucune gêne de la déglutition, pas de douleur.

L'enfant reste en observation et deux mois après son admission, comme la tumeur avait augmenté de volume et gênait la déglutition, on en pratiqua l'ablation, elle fut enlevée avec une portion de la langue au moyen de l'écra-

seur. Un examen ultérieur montra que tout le néoplasme n'avait pas été enlevé.

Une quinzaine de jours après l'opération, la tumeur avait récidivé sur place, et si rapidement qu'elle était plus volumineuse qu'auparavant. Elle était un peu lobulée, très molle et s'étendait en arrière aussi loin que le doigt pouvait atteindre. Elle empiétait aussi sur le plancher de la bouche et on pouvait la sentir extérieurement comme une masse profondément située dans la région sous-maxillaire gauche.

L'enfant fut emmené de l'hôpital et mourut peu de temps après ; on ne fit pas l'autopsie.

L'examen microscopique montra que la tumeur était composée d'une trame délicate de tissu conjonctif, servant de soutien à des cellules affectant toutes les variétés de forme entre les cellules rondes et de véritables fibres en passant par des cellules ovales et fusiformes.

Observation II

(Jacobi. — *The american Journal of obstetris*, may 1869, p. 81.)

Sarcome à cellules fusiformes.

Thomas K..., âgé de onze semaines, né de parents bien portants, sans trace de syphilis.

Quelques heures après la naissance, la mère remarqua une tumeur de la langue qui, du reste, n'empêchait pas le malade de têter. La tumeur grossit lentement. Ponctionnée, il en sortit du sang. Quand l'enfant fut observé pour la première fois, il existait sur la moitié gauche de

la langue une tumeur du volume d'une noix, s'étendant sur le bord de la langue jusqu'à la ligne médiane en largeur ; l'extrémité antérieure se trouvait à un centimètre de la pointe.

Elle était de consistance assez ferme, élastique, d'un rouge éclatant et la surface était recouverte d'un réseau très large de capillaires. Aucune hypertrophie ganglionnaire. Santé générale excellente quoique la déglutition fut gênée par le volume du néoplasme.

La tumeur et les portions voisines de la langue furent enlevées au moyen de l'écraseur galvanique. Pas d'hémorrhagie, et en quinze jours la cicatrisation était terminée.

L'enfant ne fut pas suivi.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un néoplasme constitué par des cellules fusiformes, à noyaux allongés, de dimensions très semblables ; en somme, sarcome à cellules fusiformes. Les parties périphériques contenaient beaucoup de tissu musculaire et de nombreux vaisseaux capillaires. Ceux-ci étaient pourtant en moins grande abondance que dans la tumeur elle-même.

Observation III

(Hüter. — *Berl. klin. Wochenschrift*, 1869, p. 346.)

Le Dr Hüter parle de l'extirpation d'un sarcome de la partie moyenne du dos de la langue qui s'est développé chez une femme au cinquième mois d'une grossesse et qu'on fut obligé d'extirper au septième mois à cause de son développement rapide.

Observation IV

(Heath. — *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1869, vol. XX, p. 167.)

Sarcome à cellules rondes.

Cancer médullaire de la langue enlevé avec la moitié antérieure de l'organe.

La pièce présentée se composait de la moitié antérieure de la langue. Elle avait été enlevée au moyen de l'écraseur, après section du maxillaire inférieur, la tumeur comprenant non seulement l'organe, mais aussi le plancher de la bouche.

Le malade était âgé de 60 ans. La maladie avait débuté il y avait six mois.

Il existait entre la langue et le maxillaire inférieur du côté gauche une surface ulcérée, inégale et rude, occupant le plancher de la bouche. Elle se prolongeait sur le bord de la langue, et l'on pouvait sentir avec le doigt une induration s'étendant jusqu'à la ligne médiane, et en avant sur le plancher jusqu'à 4 centimètres des lèvres.

Le malade se plaignait de douleurs continuelles dans la langue. Il existait un ganglion sous-maxillaire gauche. État général excellent.

L'opération eut lieu le 14 septembre 1868. Le malade se remit bien, quoique lentement, à cause du retard occasionné par la consolidation du maxillaire inférieur.

On le vit en mai 1869, sans la moindre trace de récidive. L'engorgement ganglionnaire avait disparu.

La pièce fut envoyée à la Commission des tumeurs. Le résultat de l'examen fut le suivant :

La tumeur se trouvait située dans la partie inférieure gauche de la langue, non loin de l'extrémité ; d'autre part, elle se prolongeait en avant jusqu'aux insertions de la langue ; très probablement elle comprenait une partie de la glande sublinguale. La tumeur était petite, assez distinctement circonscrite, d'une couleur blanche opaque ; en grattant la surface on obtenait plutôt des petits fragments de tissu solide que du suc. La partie située dans la langue elle-même était spongieuse ; la partie inférieure au contraire était homogène et solide.

A l'examen microscopique, elle apparaissait constituée par des éléments cellulaires au milieu desquels on trouvait çà et là des éléments normaux, surtout des fibres musculaires n'ayant subi aucune modification et se rencontrant plus nombreuses dans les parties supérieures de la tumeur. On trouvait également des acini glandulaires appartenant soit aux glandes sublinguales, soit aux glandes buccales, dans la partie inférieure de la tumeur ; à ce niveau, on rencontrait aussi des fibres élastiques et des fibres de tissu conjonctif.

Les éléments cellulaires se présentaient sous deux aspects différents : les uns étaient constitués par de grandes cellules de dimensions variables à noyaux volumineux, ne présentant pas grande cohésion les unes avec les autres. Elles étaient régulièrement arrondies ou ovales; d'autres étaient allongées ou présentant un ou plusieurs appendices ressemblant à des queues. Quelques-unes se présentaient sous forme de lamelles très irrégulières comme bords et comme surface. Les noyaux variaient comme taille, forme et netteté : souvent très volumineux, quelquefois allongés comme la cellule, unique généralement ; cependant on trouvait quelques cellules contenant deux ou trois noyaux. Par leur réunion,

les cellules formaient des amas de différents volumes, situés au milieu de tissu variable ; tantôt dans une espèce de tissu fibreux constitué par la réunion de cellules allongées, étant apparemment de même nature que les cellules précédentes ; plus fréquemment les amas étaient situés au milieu de tissu musculaire ou de tissu conjonctif ordinaire.

La seconde variété d'éléments cellulaires était remarquable par ses noyaux. Les cellules étaient mal limitées et formaient par leur ensemble une masse granuleuse au milieu de laquelle on trouvait les noyaux. Ceux-ci variaient du volume d'un globule de pus à celui d'un globule sanguin. Ils étaient, pour la plupart, ronds et ovales et devenaient de plus en plus allongés à mesure que le stroma devenait plus fibreux. En quelques endroits, les noyaux étaient si abondants que l'on ne pouvait découvrir de substance internucléaire. Ces amas de noyaux étaient séparés par du tissu fibreux.

En outre, des deux variétés de cellules décrites ci-dessus, il existait par-ci par-là des portions de tissu dans lesquelles on pouvait observer des cellules de forme intermédiaire, fait qui tendrait à prouver que, bien que les deux variétés différassent considérablement dans leur aspect, elles étaient en somme absolument semblables dans leur origine.

Observation V

(Targett. — *Guy's Surgical Reports*, 1873.)

Sarcome.

Charles I..., âgé de dix mois, enfant bien portant ; de bons antécédents héréditaires.

La mère aperçut pour la première fois une tumeur sous la langue de son enfant alors que celui-ci avait sept mois. Elle se développa rapidement jusqu'à devenir une masse saignant fréquemment. Quand il fut admis à l'hôpital dans le service de M. Hauwe, il existait à la face inférieure de la langue une tumeur blanche allant de la pointe sur la ligne médiane jusqu'au plancher de la bouche.

Une fois la tumeur enlevée, on constate qu'elle était de nature sarcomateuse.

Observation VI

(Professeur Albert, de Vienne. — *Wiener medic. Presse*, 1885.)

Sarcome à cellules rondes.

Nous avons observé dans notre service, chez une femme de 56 ans, un cas très rare de sarcome de la langue.

La malade nous raconte qu'elle souffrait depuis un an déjà de troubles de déglutition. Quelques mois après l'apparition de ces premiers troubles, elle s'aperçut qu'il se formait à la base de la langue une tumeur. Celle-ci augmentait lentement mais progressivement, ne déterminant que très peu de gène pour avaler et pour respirer, mais rendant la parole difficile.

Au-devant de l'isthme du gosier s'étalait une tumeur lisse et arrondie, qui s'étendait de la base de la langue jusqu'à la voûte palatine en masquant les piliers.

La consistance de la tumeur n'est pas très dure ; elle est même molle en certains points.

Je pratiquai l'ablation de la tumeur le 20 avril 1883. Je

me proposais de faire l'extirpation de la langue pour deux raisons : à cause du diagnostic sarcome et sarcome de consistance plutôt molle ; et à cause de l'insertion de la tumeur à toute la largeur de la langue.

L'examen microscopique de la tumeur révéla qu'on avait affaire à un sarcome à cellules rondes.

Observation VII

(Eve. — *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1886, vol. XXXVII, p. 223.)

Sarcome à cellules rondes.

Il s'agit de l'examen d'une pièce représentant une langue avec les piliers du voile, le pharynx, le larynx et les autres organes adjacents.

Sur le côté gauche de la langue, à la base, existe une tumeur ronde ferme. La muqueuse saine en recouvre la surface ; d'autre part il est difficile d'établir des limites dans la substance de la langue.

Au microscope, la tumeur se trouve constituée exclusivement par du tissu fibreux, du moins à la base. Plus superficiellement existent, entremêlés aux fibres conjonctives, des groupes de cellules arrondies régulières ; et enfin immédiatement au-dessous de la muqueuse les cellules rondes infiltrent régulièrement le tissu conjonctif.

Le mélange du tissu cellulaire et du tissu conjonctif dans la tumeur en rend la classification difficile ; la désignation de fibro-sarcome est peut-être celle qui convient le mieux.

Observation VIII

(Godlee. — *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1887, vol. XXXVIII, p. 346.)

Adéno-sarcome.

Une jeune femme âgée de 24 ans me fut envoyée de Kensigton.

Elle se plaignait d'une tumeur à la face inférieure gauche de la langue près de l'extrémité. Elle ne s'en était aperçue que cinq semaines auparavant et, d'après elle, la tumeur avait été précédée d'une petite ulcération douloureuse qui s'était réunie au bout de peu de temps à une seconde ulcération.

Lorsque je la vis, il y avait une ulcération grise de la grandeur d'une pièce de 1 schelling, recouvrant une tumeur du volume d'une grosse noix dure au toucher, faisant une légère saillie à la face supérieure de la langue. Je crus d'abord à un abcès puis à un corps étranger accidentellement ou intentionnellement introduit.

Quelques semaines plus tard, j'enlevai la tumeur avec des ciseaux. La plaie fut rapidement réunie.

Une coupe de la tumeur montra que c'était un adénosarcome. La plus grande partie de la tumeur était formée de cellules variant beaucoup de forme et de volume, les unes arrondies, les autres fusiformes, toutes pourvues de noyaux volumineux. Les vaisseaux y étaient très abondants.

Observation IX

(Santesson. — *Wirchow-Hirsch Jahresbericht*, 1887, t. I, p. 280.)

Sarcome.

La tumeur s'était développée pendant trois ans ; elle occupait la moitié gauche de la langue. Elle était recouverte de la muqueuse très amincie qui ne lui adhérait pas. Les ganglions parotidiens du côté gauche étaient tuméfiés.

Au microscope on trouvait des amas de cellules séparés par des fibrilles de tissu conjonctif. En certains endroits la tumeur a subi la dégénérescence hyaline.

Observation X

(Butlin. — *Lancet*, 26 mars 1887, p. 623.)

Sarcome à cellules rondes.

Un homme d'environ 40 ans vint avec une tumeur siégeant sur la moitié gauche de la langue.

Deux mois avant, il s'était aperçu d'une légère douleur à ce niveau, mais la tumeur n'était apparue qu'un mois après et depuis elle avait grossi rapidement.

La tumeur était molle, élastique, régulière, elle siégeait dans le tissu même de la moitié gauche de la langue. Son volume était celui d'un œuf et s'étendait depuis l'union du

tiers antérieur avec le tiers moyen, jusqu'à la racine de la langue.

La muqueuse la recouvrait et se trouvait absolument saine.

La moitié de la langue fut excisée trois semaines après l'entrée de malade. Cinq semaines plus tard, le patient était tout à fait bien et pouvait parler distinctement.

Aujourd'hui, plus de trois ans après l'opération, il est en excellente santé, il n'y a aucune trace de récidive.

Au microscope, la tumeur se trouvait constituée par de grandes cellules rondes granuleuses. La substance intercellulaire était généralement homogène ; en quelques endroits seulement, granuleuse. De nombreux petits canaux sanguins se montraient sur la coupe.

Observation XI

(Schulten. — *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, 1888.)

Sarcome.

L'auteur rend compte d'un sarcome gros comme un œuf de poule et siégeant dans la racine de la langue, chez une femme de 32 ans.

Ce sarcome occupait tout le pharynx de sorte que même la nourriture liquide ne trouvait qu'un passage difficile.

L'opération fut pratiquée, et au bout de sept semaines et demie, la malade quittait le service parfaitement guérie.

Observation XII

(Mikulicz et Michelson. — *Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhöhle*, II Hefte, Tafel XXXV.)

Sarcome à cellules fusiformes.
Sarcome du dos de la langue.

A. P..., âgée de 24 ans. Il y a trois mois, a vu se développer sur le dos de la langue un tubercule du volume d'une tête d'épingle sans cause connue. Ce tubercule augmenta peu à peu.

La tumeur a toujours été indolente ; elle n'a jamais déterminé la moindre gêne de la parole ni de la déglutition, mais elle saignait facilement, en particulier au contact des dents pendant la mastication.

A ce moment, on trouve sur le dos de la langue, à un centimètre de la pointe, une tumeur aplatie de un centimètre et demi de diamètre environ : elle s'élève de un centimètre au-dessus du dos de la langue. Un court pédicule de cinq millimètres de diamètre permet de mobiliser la tumeur. La consistance est ferme.

La tumeur est enlevée à la base du pédicule et la surface de la plaie cautérisée avec le thermocautère.

Observation XIII

(Mikulicz et Michelson. -- *Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhöhle*, II Hefte, Tafel XXXVII. Berlin, 1892.)

Sarcome à cellules fusiformes.

F. B... 57 ans, a remarqué il y a six mois sur le dos

de la langue une tumeur qui depuis n'a cessé de s'accroître.

Absence de douleurs et de gêne, sauf de la parole qui est moins nette depuis quelque temps.

La tumeur occupe toute l'épaisseur de la langue : la muqueuse qui la recouvre est tendue, d'un aspect velouté, un peu hypérémiée mais absolument saine. La consistance est ferme.

Le malade peut tirer la langue sans difficulté ; par contre il ne peut la ramener dans la bouche qu'à l'aide du doigt.

La déglutition n'est pas gênée. Aucun ganglion.

Amputation de la partie malade de la langue.

Examen microscopique : sarcome à cellules fusiformes.

Ultérieurement apparaissent au voisinage de la cicatrice des récidives sous forme de tumeurs ulcérées superficiellement. De nouvelles opérations sont pratiquées.

Le malade depuis n'a pas été suivi.

Observation XIV

(Poncet. — *Lyon médical*, 1888.)

Sarcome à cellules fusiformes.

Le nommé Durand Joseph, âgé de 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 avril 1888, dans le service de M. le professeur Poncet. Bons antécédents.

En 1880, le malade vit sa langue se tuméfier subitement et prendre un volume considérable : le plancher de la

bouche était également augmenté de volume ainsi que la région sous-maxillaire. Vingt-cinq jours après le début, le malade ne pouvait fermer la bouche ; il lui était impossible de manger et même de parler. Il avait également une certaine gêne de la respiration et même à certains moments une véritable asphyxie temporaire.

La tuméfaction occupait le côté gauche de la langue ; celle-ci était repoussée du côté droit et en même temps tordue sur son axe. Un médecin appelé incisa cette tuméfaction qui, pendant les derniers jours, avait envahi tout le plancher buccal. Par l'incision s'écoula un pus jaunâtre, grumeleux, ne ressemblant à rien à du pus bien lié d'un abcès chaud ; le malade dans son récit insiste surtout sur la fétidité du pus qui répandait une odeur infecte.

A la suite de cette incision, les symptômes subirent une brusque détente ; la respiration redevint libre et, le lendemain de l'opération, le malade pouvait avaler et parler. Mais la tuméfaction de la langue persista en partie ; celle-ci resta toujours déjetée à droite.

Cette tuméfaction s'est accrue et à cette époque le malade ne peut plus fermer la bouche ; la déglutition est très difficile, la respiration est gênée et la parole presque impossible.

Lorsque l'on fait ouvrir la bouche, l'on aperçoit une énorme tumeur remplissant toute la cavité buccale, Elle empêche d'apercevoir le voile du palais. Cette tumeur n'est autre que la langue considérablement augmentée de volume à sa partie moyenne. La pointe est libre dans l'étendue de trois centimètres et peut seule exécuter quelques mouvements, sans cependant pouvoir être tirée au dehors, le volume de la tumeur l'empêchant de franchir les arcades dentaires.

En aucun point, on n'aperçoit de lésions inflammatoires,

ni d'ulcération, mais la muqueuse linguale fait corps avec le néoplasme. Celui-ci présente la consistance d'une tumeur solide. Quant à la muqueuse du plancher buccal, elle glisse facilement sur la masse sous-jacente qui la soulève.

Le doigt ne peut passer en arrière de la tumeur, et il est impossible de se rendre compte des limites postérieures de celle-ci.

L'opération est pratiquée. La tumeur enlevée a le volume d'une grosse orange ; son poids est de 400 grammes. Solide dans toute sa masse, elle présente une consistance uniforme. A la coupe, sa coloration est d'un blanc rosé ; pas de suc par le râclage.

L'examen microscopique de la tumeur, pratiqué par M. Bard, donna le résultat suivant : « La tumeur est constituée par des cellules embryonnaires du type conjonctif. Ces cellules sont petites et présentent un protoplasma très apparent. Les noyaux, très vivement colorés par le carmin, sont allongés. Le tissu intercellulaire dans lequel ils sont plongés forme une masse continue, homogène, finement granulée, un peu jaunâtre, dans laquelle on ne distingue pas de fibres conjonctives bien formées et qui paraît surtout riche en matière élastique.

En résumé, la tumeur est de nature maligne, développée aux dépens du tissu conjonctif, de la nature des sarcomes à prédomidance de tissu élastique.

Observation XV

(Mandillon. — Société de méd. et de chir. de Bordeaux, séance du 16 novembre 1888.)

Sarcome.

Mlle X..., âgée de vingt-et-un ans. Antécédents personnels et héréditaires sans tare. Elle vient consulter en janvier 1888 pour une petite tumeur située sous la langue.

Cette tumeur, du volume d'un gros pois, blanche, translucide, était placée à la face inférieure de la langue, en dehors du filet. Elle était adhérente à la charpente de cet organe. Je crus d'abord à un kyste, mais une ponction immédiate enleva tous les doutes : c'était une tumeur solide. Quelque temps après, énucléation au thermocautère.

Trois mois après, récidive ; opération nouvelle avec le bistouri, cautérisation avec le thermocautère. La tumeur à la seconde opération avait doublé de volume.

Troisième récidive quelques mois après, mais cette fois sur la ligne médiane.

L'auteur présente la jeune fille pour savoir ce qu'elle a, et savoir qu'elle conduite tenir.

M. Demons pense que, par sa marche rapide et sa récidive sur place, la tumeur est un sarcome.

Troisième opération largement au thermocautère.

L'examen microscopique montra que cette tumeur avait l'aspect, la consistance, la couleur d'un petit sarcome.

Observation XVI

(Targett. — *Guy's Hospital Reports*, t. XLVII, 1888.)

Sarcome à cellules rondes.

Joseph P..., 65 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur de la langue, dont il s'est aperçu pour la première fois il y a un an.

D'abord du volume d'un haricot, elle a grossi progressivement sans occasionner de douleurs.

On peut constater dans la langue une tumeur arrondie, dure, occupant le milieu de l'organe, tout en étant plus apparente au côté gauche du frein. Cette masse est séparée par un sillon d'une autre tumeur qui existe au côté gauche du plancher de la bouche depuis le frein jusqu'à la dernière molaire. Elle est moins dure que la première et mobile. Les deux tumeurs semblent du reste ne faire qu'une et d'autre part se prolonger dans la région sous-maxillaire, car en plaçant l'index sur le plancher de la bouche et le pouce dans la région sus-hyoïdienne, on transmet les mouvements aux deux tumeurs qui se meuvent ensemble.

Le malade peut avaler aisément et parler sans difficulté ; mais les mouvements de la langue sont un peu gênés. Il n'y a pas de douleur. La surface n'est pas ulcérée.

L'opération est décidée et pratiquée dans l'automne 1888.

Trois semaines après, le malade est renvoyé guéri.

Des coupes, faites dans la tumeur, permirent de constater que celle-ci était composée de petites cellules rondes, entre lesquelles existait une petite quantité de substance fonda-

mentale granuleuse. Au milieu de la masse cellulaire se trouvaient des vaisseaux à parois très minces, servant en quelque sorte de stroma.

La conclusion fut que l'on avait affaire à un sarcome à cellules rondes, ayant probablement pris naissance dans le tissu conjonctif de la langue et ayant peu à peu détruit et remplacé le tissu musculaire.

Observation XVII

(Mercier. — *Revue médicale de la Suisse romane*, 1890, n° 4.)

Sarcome à cellules fusiformes.

Jules B...., trente-six ans, entre le 3 février 1890 à l'hôpital de Lausanne pour une tumeur qu'il porte sur le dos de la langue, à quelques millimètres de la pointe et à cheval sur la ligne médiane qu'elle dépasse surtout à droite.

Cette grosseur a débuté il y a huit ans par un petit bouton rosé, qui s'est d'abord développé progressivement pour doubler de volume l'année dernière ; depuis quatre mois elle est restée stationnaire.

Cette tumeur tout à fait indolente, du volume d'une noix, a la forme générale d'un petit champignon. Largement pédiculée, elle est aplatie à son sommet par la pression qu'elle exerce contre les incisives supérieures et la voûte du palais. La muqueuse qui la recouvre présente des papilles hypertrophiées et la coloration de la langue. Sa consistance ferme et résistante permet de la limiter nettement dans le tissu lingual qu'elle pénètre environ à 2 centimètres et demi.

Le 8 février, le Dr Mercanton procède à l'ablation de la tumeur. La tumeur largement extirpée à la forme d'une grosse noix.

L'examen microscopique montre que c'est un sarcome, constitué par de grandes cellules de différentes formes à un ou plusieurs noyaux.

Observation XVIII

Max Scheier. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1892, p. 534.)

Sarcome à cellules rondes.

Sattler R..., 28 ans, bons antécédents.

Maladie actuelle a débuté au mois de juin 1890 par des douleurs dans la langue et par de légers troubles de la déglutition.

A la fin de septembre, se montra à la base de la langue une ulcération de mauvaise apparence qui donna naissance peu à peu à une tumeur arrondie s'étendant de tous côtés.

Les douleurs devinrent intenses et il apparut de la dyspnée.

Depuis la fin de novembre jusqu'à la fin de décembre 1890, le malade à qui on avait déjà ordonné des frictions mercurielles, fut traité par la tuberculine de Koch qui ne donna pas de réaction notable. Il entre alors le 2 janvier 1891 à l'hôpital. Le malade se plaint de grandes difficultés pour avaler et de douleurs très intenses, il éprouve également une gêne légère pour respirer; la paroles est indistincte, nasonnée.

Le laryngoscope seul permet d'apercevoir le néoplasme.

Toute la base de la langue est envahie par une tumeur dont la surface est brunâtre, irrégulière, et qui s'applique tellement contre la paroi postérieure du pharynx qu'on ne peut voir ni l'épiglotte ni les cordes vocales. On ne peut pas déterminer jusqu'où descend la tumeur.

A la palpation, le néoplasme présente une consistance molle. On ne sent rien d'anormal à la partie antérieure de la langue.

Au-dessous de l'angle gauche du maxillaire inférieur, existe un ganglion du volume d'un œuf de pigeon, roulant sous le doigt, pas douloureux à la pression. Aucun autre engorgement ganglionnaire.

Pendant les quinze jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, on administra au malade de fortes doses d'iodure de potassium, mais on n'obtint aucune amélioration.

La tumeur augmentait toujours, les troubles de la déglutition s'accentuaient, la douleur était continue, au point que le malade n'avait même plus de repos la nuit.

On excisa un petit morceau de la tumeur et l'examen établit l'existence très probable d'un sarcome. Une attente plus longue ne pouvait dès lors que devenir nuisible au malade et l'opération est pratiquée le 19 janvier par le Dr Körte.

Dix jours après, le patient peut avaler sans difficulté et au bout de trois semaines la plaie se cicatrise.

A l'examen microscopique, on trouve que la tumeur est constituée par de petites cellules arrondies renfermant un noyau relativement volumineux, nucléolé. Ces cellules sont tellement serrées les unes contre les autres, qu'elles ne sont unies entre elles que par un tissu intercellulaire à peine visible ; on voit seulement par places une petite quantité d'éléments fibrillaires. Au pourtour du néoplasme, on trouve des amas des mêmes petites cellules au milieu

du tissu sain. En somme, le diagnostic microscopique est : sarcome à petites cellules rondes.

Cinq semaines après l'opération, commença à se former rapidement une légère tuméfaction siégeant au-dessous du maxillaire inférieur, sur la ligne médiane. Elle se développa avec une telle rapidité qu'au bout de huit jours, tout le plancher buccal était envahi par une tumeur ferme.

L'opération de la récidive, que l'on pratiqua à la fin de février, permit de constater que tout le plancher buccal était envahi par une tumeur de consistance dure, ayant englobé les muscles qu'on ne parvenait pas à reconnaître. La tumeur fut en partie énucléée, en partie incisée.

L'examen microscopique fournit les mêmes résultats que pour la tumeur primitive.

Quelque temps après, nouvelle récidive. A la fin d'avril, les ganglions du côté gauche étaient envahis ; cette tuméfaction gagnait bientôt le côté droit et arrivait à comprimer tellement la trachée des deux côtés, qu'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie.

A partir de ce moment, l'état général empira de jour en jour, la tumeur prit des deux côtés du cou un volume énorme et le malade mourut le 5 décembre 1891, de cachexie et d'inanition.

L'autopsie révéla la présence sur le côté gauche du cou, d'une tumeur dont le volume atteint celui d'une tête d'enfant.

A la hauteur de la septième côte droite, près du bord sternal, on trouve dans la peau, un noyau de la grosseur d'un œuf de pigeon, et un noyau un peu plus petit à gauche et au-dessus de l'ombilic.

Au niveau du pli courbe, existe une petite tumeur de même consistance que la tumeur principale.

La langue est un peu augmentée de volume ; à la base,

là où siègeait la tumeur primitive, existe une cavité à surface lisse, tapissée par une muqueuse ; du fond de la cavité part un bourgeon de la grosseur d'une petite pomme et qui fait saillie à gauche dans dans la partie supérieure du larynx. Lorsqu'on incise la langue sur la ligne médiane, on ne trouve des muscles que vers la pointe, partout ailleurs c'est une masse blanc grisâtre. L'épiglotte n'existe plus ; à sa place on trouve des saillies végétantes de la grosseur d'un noyau de prune faisant saillie dans le larynx.

A droite, la corde vocale supérieure donne naissance, dans toute son étendue, à une espèce de bourrelet qui repose sur la corde vocale inférieure. La muqueuse pharyngienne présente aussi des aspérités en forme de crête de coq. Toutes ces tumeurs présentent à la coupe la même consistance que la tumeur principale.

Observation XIX

(Stern. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 2 juin 1892.)

Sarcome à cellules fusiformes.

Catherine H..., 4 ans, amenée à l'hôpital avec une tumeur du volume d'une noisette, située sur le bord droit de la langue au niveau de la première molaire.

La tumeur fut excisée.

Au mois de septembre 1891, l'enfant fut de nouveau amenée à l'hôpital avec une tumeur du volume d'une noix, occupant le même siège. La tumeur avait apparue récemment, et l'augmentation de volume avait été très rapide.

La tumeur fut extirpée largement au moyen d'une incision cunéiforme intéressant les parties saines

L'examen microscopique fit constater un sarcome à petites cellules rondes.

Observation XX

(Onodi. — *Revue de laryngologie*, 15 octobre 1893.)

Fibro-sarcome.

Jeune fille de 17 ans, présente une tumeur de la grosseur d'une noisette à la base de la langue. En juin 1892, la patiente remarqua qu'il se formait sur sa langue une tumeur en forme de haricot, ne donnant lieu à aucun symptôme douloureux.

Depuis, la tumeur a pris le volume d'une grosse noisette et détermine de l'embarras de la déglutition.

La malade refuse toute opération radicale.

Un fragment de la tumeur, examiné au microscope, permet de conclure au fibro-sarcome.

Olservation XXI

(Perman. — *Buffalo medical and surgical Journal*, 1894, p. 148.)

Sarcome.

Sarcome de la langue traité par la pyoctanine.

Mme V. F..., 30 ans, en mai 1892, a observé des filets de sang dans la salive ainsi qu'une gêne dans la gorge.

14 janvier 1893. — Elle est examinée par Perman qui

découvre une tumeur siégeant à la racine de la langue. Cette tumeur avait deux centimètres de haut et était épaisse comme le petit doigt. La muqueuse qui la recouvrait était saine. La tumeur était molle au toucher et il n'existait aucune induration des parties voisines.

25 janvier. — Il était facile de constater que le néoplasme avait augmenté. La masse visible était aussi grosse qu'une noix et atteignait presque le fond du pharynx.

L'augmentation rapide du volume de la tumeur en indiquait toute la gravité. L'opération fut décidée, mais la malade n'accepta pas. Perman proposa alors les injections de pyoctanine.

2 février. — Les injections de pyoctanine furent commencées et continuées tous les deux ou trois jours : un ou deux grammes d'une solution au 1/1500 étaient injectés chaque fois. Les injections étaient faites à peu près à un centimètre de profondeur au niveau du point d'implantation de la tumeur.

15 février. — Après cinq injections, il y avait une diminution de la tumeur qui devenait plus pédiculée. Au toucher le point d'implantation fut trouvé plus petit qu'au premier examen.

18 février. — Après six injections, le Dr Hankinson fit une excision de la partie saillante avec une anse galvano-caustique. La tumeur avait le volume de la moitié d'une noix ; le pédicule avait à peine un centimètre de diamètre.

18 mars. — Une petite masse de la grosseur d'un grain de café parut sur la partie gauche de la tumeur; elle augmenta graduellement jusqu'à devenir aussi volumineuse que celle qu'on avait enlevée le 18 février. La malade avait eu à cette époque dix-huit injections. Excision nouvelle à l'anse galvano-caustique. Le pédicule était plus petit que celui de la première tumeur.

19 mars. — Cautérisation de la base d'implantation au galvano-cautère. Les injections de pyoctanine furent continuées. On en fit trente et une jusqu'au 26 avril 1893.

Après le 18 mars il n'y eut aucune apparence de récidive, mais la tuméfaction de la base de la langue persista encore quelque temps. Revue à la fin d'avril 1894, la malade était parfaitement guérie. Il s'agissait d'un sarcome.

Observation XXII

(Dunham. — *The american Journal of medical sciences,* sept. 1895, p. 259.)

Sarcome à cellules rondes.

Une tumeur de la langue, que l'examen microscopique révéla être un sarcome constitué surtout par de grandes cellules rondes, fut enlevée à un homme de 61 ans par le Dr Bryant à New-York.

Comme antécédents personnels, bonne santé générale ; quarante ans auparavant, le malade a eu la malaria, et l'année précédente, des douleurs rhumatismales dans l'épaule droite. Buveur modéré, grand fumeur : environ dix pipes par jour.

Huit mois avant l'opération, à la suite d'une morsure de la langue, il apparut une ampoule qui ne disparut pas, mais qui, irritée constamment au contact de dents gâtées, devint dure au bout de trois mois. Depuis ce temps, elle grossit lentement jusqu'à atteindre le volume qu'elle avait au moment de l'opération. La tumeur avait alors un centimètre et demi de diamètre. Elle occupait le côté droit de la langue, située à peu près à deux centimètres de la

pointe ; son extrémité antérieure répondait aux premières petites molaires. Elle était arrondie, unie, sauf en quelques endroits où il existait quelques papilles assez saillantes. La tumeur était sessile et non pas pédiculée.

Observation XXIII

(Barker. — *Holmes System of Surgery*, vol. II, p. 576.)

Barker rapporte un cas dans lequel une tumeur pédiculée, située sur le dos de la langue, fut enlevée et revint bientôt.

Différentes tumeurs de même nature apparurent ensuite sur la peau de différentes parties du corps. Il regardait le cas comme un fait de sarcomatose généralisée, le dos de la langue participant à l'envahissement général.

Observation XXIV

(Marion. — *Revue de chirurgie*, 1897, p. 677.)

Sarcome à cellules fusiformes.

Bouvier, 17 ans, vient consulter le 13 mars 1896. Le début de l'affection qui l'amène actuellement remonte à 6 mois; jusqu'alors rien n'avait attiré son attention du côté de la bouche. A partir de cette époque, il s'aperçoit qu'il se mord fréquemment la langue; mais ce n'est qu'il y a deux mois qu'il a remarqué sur ce bord un petit bouton. Ce bouton a grossi peu à peu sans déterminer aucune douleur et ce n'est qu'un peu de gêne de la parole et de la mastication qu'accuse le malade.

A l'examen, le sujet présente sur le bord gauche de la langue, à trois centimètres en arrière de la pointe, une tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur siège exactement à l'union du bord et de la face supérieure. Elle est pédiculée, mais assez largement ; et, immédiatement après son point d'origine, elle s'épanouit. La surface est ulcérée, aplatie, grisâtre, jaune par places.

Le néoplasme se continue avec la langue, mais ne repose ni sur une ulcération, ni sur une induration ; si bien qu'il est impossible de dire à quel niveau il se prolonge dans le tissu lingual. Lui-même présente une consistance ferme, élastique.

Au toucher, la tumeur est absolument indolente et ne saigne que difficilement.

Les trois grosses molaires supérieures, ainsi que la première molaire inférieure du côté correspondant, sont extrêmement gâtées, et c'est sur ces chicots que la tumeur se moule. De chaque côté existe un petit ganglion sous-maxillaire, indolore, du volume d'une olive.

Le 17 mars, M. Berger pratiquait l'ablation d'une petite portion de la tumeur afin de savoir à quoi s'en tenir exactement et de régler l'intervention en conséquence. L'examen de ce fragment révéla qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

Sans attendre donc davantage, M. le professeur Berger fit l'ablation complète de la tumeur le 20 mars. Il enleva largement le pédicule avec une certaine portion de tissu sain ; mais il ne toucha aucunement aux ganglions qu'il considérait comme d'origine inflammatoire.

Le malade sortit le 28 mars complètement guéri.

Des coupes de la tumeur furent pratiquées suivant son plus grand diamètre, perpendiculairement à la surface de la muqueuse, et colorées à l'hématéine et à l'éosine.

A un faible grossissement, elles montrent les détails suivants : au-dessous du niveau de la muqueuse, on aperçoit des amas fortement colorés en violet entre lesquels existent des travées rosées peu abondantes.

Au niveau où la tumeur émerge de la langue, ces travées se sont condensées, réunies, et on ne voit plus qu'un tissu fasciculé.

Plus haut, à ces travées, se mêlent quelques cellules arrondies qui, devenant de plus en plus nombreuses à mesure qu'on s'éloigne du point d'implantation de la tumeur, finissent par prendre le dessus, si bien que la superficie est constituée uniquement en apparence par ces cellules arrondies. Sur la périphérie de la tumeur, on voit un liseré épais, formé par la muqueuse, se continuer en se réfléchissant, d'une part avec la muqueuse linguale, d'autre part aller en s'amincissant pour disparaître au point le plus élargi de la tumeur.

Etudions chacun de ces points à un grossissement plus fort.

Là où nous avons vu des amas fortement colorés, il est facile de reconnaître des faisceaux musculaires coupés suivant différents sens, et séparés par des traînées de cellules allongées, qui s'infiltrent dans le tissu conjonctif interfasciculaire. Plus on avance dans l'épaisseur de la langue, plus ces travées sont minces et rares. Plus on se rapproche de la surface, plus on voit les travées écarter les faisceaux musculaires, se réunir les unes aux autres, si bien qu'au niveau de la surface, il n'existe plus qu'un tissu cellulaire sarcomateux.

A ce niveau, les cellules, qui se sont orientées pour venir passer à travers la déchirure de la muqueuse sous le moindre volume, sont toutes parallèles entre elles, sauf en certains points où il existe de petits tourbillons. Ces

cellules sont serrées les unes contre les autres et laissent peu de place pour une substance intercellulaire. Il n'existe en aucun point de stroma conjonctif ou autre. Ces cellules sont très allongées, terminées en pointe, présentant un noyau allongé comme elle, noyau vésiculeux, contenant quelques granulations fixant peu la matière colorante.

La muqueuse, qui forme un calice à la tumeur, nous présente les caractères ordinaires de la muqueuse linguale. Elle n'offre aucune modification, ni des papilles, ni de son épithélium absolument normal.

Première récidive. — Le 20 avril, un mois exactement après l'opération, le malade revient : la tumeur a récidivé.

Ce n'est qu'il y a cinq ou six jours, que le malade s'est aperçu d'une nouvelle grosseur. Celle-ci occupe la partie postérieure de la cicatrice de la première opération. La tumeur est absolument indolente.

Les ganglions observés la première fois ont augmenté de volume ; en outre, on en constate un nouveau sur la ligne médiane, à la région sus-hyoïdienne.

Une nouvelle opération est pratiquée le 24 avril, opération qui consiste en une ablation extrêmement large de la tumeur et des ganglions tuméfiés.

L'examen histologique donne les mêmes résultats que précédemment. L'examen des ganglions montre qu'on a affaire à des ganglions enflammés et non à des ganglions sarcomateux.

Deuxième récidive. — Le 26 mai, le malade revient : la tumeur a récidivé en arrière de la seconde ablation. Elle a toujours une forme pédiculée, mais son volume est notablement augmenté ; elle a le volume d'un œuf de pigeon, s'étale, empiète sur la face supérieure et sur la partie inférieure. Sa surface a l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Troisième opération le 29 mai.

Troisième récidive. — Le 20 juin, on remarque qu'une petite grosseur est revenue sur le bord gauche du moignon de la langue.

La tumeur augmente rapidement de volume, elle n'a pas changé d'aspect et c'est toujours sous la forme pédiculée qu'elle se reproduit.

En face de ces récidives multiples et si rapides, M. Berger hésite à proposer une quatrième opération et se décide à attendre.

Le malade quitte l'hôpital et au milieu du mois d'octobre, la tumeur a notablement diminué en même temps qu'elle s'est indurée. Elle évolue très nettement vers la guérison.

Le 15 décembre 1896, elle a complètement disparu, il ne reste plus au niveau du point qu'elle occupait, qu'une induration cicatricielle. On peut donc considérer la guérison comme absolue.

Observation XXV

(Littlewood. — *Pathological Society of London*, séance du 15 février 1898.)

Sarcome à cellules rondes.

M. Littlewood a communiqué l'observation d'un garçon de 17 ans qui était entré à l'hôpital pour une tumeur occupant le tiers moyen de la langue. D'après ce que racontait le malade, cette tumeur s'était développée à la suite d'une ulcération consécutive à une brûlure de l'organe.

Le traitement antisyphilitique n'ayant donné aucun

résultat, M. Littlewood pratiqua dans une séance l'extirpation complète de la langue et quelques semaines après l'ablation des ganglions sous-maxillaires hypertrophiés. Il n'y eut pas de récidive sur place, mais tout dernièrement une tumeur se développa dans l'amygdale gauche et les ganglions lymphatiques correspondants.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

Observation XXVI

(Lichtwig. — *Archives internationales de Laryngologie*, t. XI, p. 134, année 1898.)

Sarcome pédiculé de la langue.

Mme S..., 25 ans, nous est adressée le 20 février 1896. Depuis un accouchement qui remonte à un mois et demi, la malade s'est aperçue qu'il se développait sur la langue une petite tumeur qui actuellement commence à la gêner. On ne trouve rien de particulier dans les antécédents, sauf quelques crises convulsives répétées, antérieures au mariage.

A l'examen, on voit sur le dos de la langue, à 2 centimètres en arrière de la pointe et à 4 millimètres à gauche de la ligne médiane, un néoplasme pédiculé du volume d'une noisette. Ce néoplasme, de couleur gris sale, est recouvert d'une muqueuse saine, quoique un peu irrégulière, non ulcérée, sans travées cicatricielles ; légèrement mamelonnée à la surface, la tumeur présente une consistance ferme. Bien que nous n'ayons pas posé de diagnostic précis, nous conseillons l'ablation du néoplasme qui est

pratiquée à l'aide de l'anse électro-thermique, deux jours après la première visite de la malade. Après cocaïnisation de la surface, la tumeur est enlevée sans la moindre douleur et sans émission sanguine. La cicatrisation s'est effectuée rapidement.

L'examen microscopique de la tumeur, fait au laboratoire des cliniques par M. le professeur agrégé Sabrazès, a donné les résultats suivants : « La tumeur examinée a le volume d'un gros haricot ; elle est mamelonnée à sa surface, recouverte par la muqueuse blanc-grisâtre. Sa base d'implantation est arrondie, large de 5 millimètres. Son diamètre est un peu moins grand que celui du néoplasme qui mesure 9 millimètres. La surface est rougeâtre. Une partie de la tumeur est fixée par l'alcool.

Sur la coupe, le tissu est gris-rosé au-dessous de la muqueuse qui est blanche et qui envoie des prolongements dans la profondeur.

Sur certaines parties de la coupe, on trouve çà et là des taches d'aspect hémorrhagique ou encore des points brun-chocolat.

A un faible grossissement, on trouve à la périphérie un épithélium pavimenteux, stratifié, à ondulations longues et découpées dans la profondeur. Au-dessous un tissu constitué par des cellules rondes et fusiformes et par des capillaires sanguins sinueux. Sur la bordure est une bande de nécrose produite par l'anse galvanique. Çà et là des foyers hémorrhagiques fibrineux.

A un fort grossissement, la muqueuse très papillaire se montre infiltrée de cellules migratrices dans les stratifications inférieures de l'épithélium.

La tumeur est constituée dans sa totalité par des éléments cellulaires arrondis ou fusiformes entourant de nombreux vaisseaux, parfois même leur formant des

séries d'anneaux concentriques et paraissant se multiplier aux dépens de la paroi même de ces vaisseaux.

Ceux-ci n'ont pas de tunique propre bien différenciée; ce sont des capillaires sanguins de forme très irrégulière, déformés par les bourgeons de tissu néoplasique sarcomateux qui prolifèrent contre leur paroi. On ne trouve pas de dilatation lymphatique dans le corps de la tumeur. Il n'existe dans les coupes ni cellules géantes, ni foyer de nécrose, ni ilots de microbes quelconques. Il s'agit d'une tumeur vivace qui comporte le diagnostic histologique d'angio-sarcome et dont le point de départ s'est fait selon toute probabilité dans les cellules conjonctives périvasculaires.

Depuis l'intervention qui remonte à deux ans, la malade n'a rien ressenti. Les nouvelles que nous avons reçues ces jours-ci, 20 mars 1898, de son médecin, M. Rondot, sont excellentes. Au siège ancien de la tumeur, il existe une petite saillie à peine appréciable, comme une papille, un peu saillante, qui n'a pas varié depuis l'intervention et qui semble uniquement cicatricielle. On peut, étant donnée la date un peu éloignée de l'intervention, considérer la guérison comme définitive.

Observation XXVII

(Melchior-Robert. — *Revue de chirurgie*, t. XIX, p. 545, 1899.)

Sarcome fuso-cellulaire.

Le 10 février 1896, entrait à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans le service de M. le professeur Villeneuve, la nommée T..., Sarah, ménagère, âgée de 64 ans, né à Torsen (Russie).

Cette femme, de constitution assez robuste, est très amaigrie, sans avoir l'aspect cachectique.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, peut-être trois mois, dit-elle, elle a commencé à éprouver une douleur du côté droit de la langue lors des mouvements de déglutition ; cette douleur s'accentue progressivement et la malade, la rapportant au frottement de deux dents en mauvais état, fit arracher ces dernières. Néanmoins la gêne des mouvements de la langue s'accentuait de jour en jour et la malade constatait bientôt la présence d'une véritable tumeur apprendue au bord droit de l'organe. Quelquefois, cette tumeur, pressée entre les dents, était le siège de vives douleurs.

Le Dr Abeille consulté reconnut cette tumeur ; il eut l'idée d'y faire une ponction au bistouri. Le sang jaillit aussitôt et l'hémorrhagie ne fut arrêtée qu'à grand peine. Le lendemain, la malade était admise à l'hôpital.

La bouche entr'ouverte, on aperçoit, apprendue au bord droit de la langue, une tumeur sphérique du volume d'une grosse noix, située à 3 ou 4 centimètres de la pointe de l'organe, auquel elle est rattachée par un pédicule étroit.

La portion arrondie et libre de la tumeur n'est pas polie et lisse comme la muqueuse buccale ; elle n'est pas non plus irrégulière et mamelonnée ; c'est un granité rouge que l'on reconnaît sans en percevoir les détails à l'œil nu, comme s'il s'agissait d'une muqueuse exulcérée et en état d'inflammation subaigüe. De petites ulcérations peu profondes, grisâtres, baignées de sérosité sanguinolente, paraissent dues au frottement des dents.

La tumeur est très mobile, comme un battant de cloche ; la largeur de son pédicule n'excédant pas un centimètre, on peut lui imprimer dans tous les sens des mouvements, sans douleur ni tiraillements pénibles. La consistance de

cette néoplasie est ferme, charnue ; pas de trace de fluctuation, ni vraie ni fausse.

Au voisinage du pédicule, la langue a sa consistance normale ; pas la moindre induration inflammatoire, ni autre ; l'organe a conservé toute sa mobilité, ou du moins, n'est gêné dans ses mouvements que par le volume et le poids de la tumeur surajoutée.

La mâchoire inférieure du côté droit porte plusieurs chicots qui ont ulcéré la surface de la tumeur ; la mâchoire supérieure présente aussi deux chicots peu saillants. Comme dents saines, il reste du côté droit, deux petites molaires et la canine en haut, les quatre incisives et deux molaires en bas.

Un tout petit ganglion, non douloureux, roule sous le doigt, derrière la glande sous-maxillaire ; il paraît purement inflammatoire.

Les symptômes personnels sont de deux ordres :

1° Une gêne de plus en plus marquée de la mastication et de la parole ;

2° Une véritable douleur quand, à l'occasion de ces deux actes, la tumeur se trouve serrée entre les arcades dentaires.

De là quelques suintements sanguins d'origine traumatique, mais non de véritables hémorrhagies. Salivation très abondante, continue avec quelques mucosités filantes, jaunâtres.

Pas de douleurs du côté de l'oreille. Le facies est pâle et amaigri, c'est celui de l'inanition, mais non de la véritable cachexie.

Le diagnostic porté est : papillome en état de dégénérescence épithéliomateuse probable.

Quant au traitement, l'excision totale de la tumeur,

excision devant empiéter largement sur les tissus sains, est formellement indiquée.

L'opération est faite, le 18 février 1896, par M. le professeur Villeneuve. Incision de la commissure buccale correspondante ; la tumeur s'effritant facilement, il est impossible de la saisir avec une pince sans la morceler. Aussi une pince à forcipressure est-elle placée en plein tissu sain de la langue, lequel est sectionné en V, bien au-delà du pédicule.

L'hémorrhagie modérée est arrêtée par le thermocautère ; la pince est laissée à demeure. Lavage de la bouche, suture de la joue et pansement. Le lendemain, la pince à demeure est enlevée : la déglutition étant encore très difficile, des lavements alimentaires sont ordonnés.

Le 28 février, la malade commence à prendre des aliments solides. La guérison est complète à la fin de février. La malade se lève et s'alimente sans difficulté ; toutefois, dans la première semaine de mars, elle se plaint de gêne au niveau de la cicatrice ; c'est un petit bourgeon granuleux qui fait craindre un commencement de récidive. M. le professeur Villeneuve propose une opération complémentaire que la malade refuse. Elle quitte l'hôpital le 13 mars.

Examen de la tumeur. — L'examen histologique de coupes colorées à l'hématoxyline après durcissement dans l'alcool, a donné les résultats suivants : A un grossissement faible (n° 2 Verick), il est facile de reconnaître sur un côté de la préparation, des faisceaux musculaires coupés par le rasoir, les uns perpendiculairement, les autres obliquement ou parallèlement à leur axe.

Près du point d'implantation de la tumeur sur la langue, l'épithélium pavimenteux est représenté par quelques cellules épithéliales et l'on retrouve au-dessous

l'apparence papillaire du chorion. Sur la partie libre de la tumeur, les ulcérations ont détruit la muqueuse et au cours de l'opération, les pinces ont détruit ce qu'il en restait.

Dans l'épaisseur de la néoplasie, on distingue nettement les travées circonscrivant des loges ou plus exactement des fentes : travées et fentes sont remplies d'éléments cellulaires étudiés avec l'objectif n° 7.

Avec cet objectif, les travées apparaissent nettement formées de fibrilles du tissu conjonctif, comme dissociées, entre lesquelles existe une grande quantité de cellules, les unes à peu près rondes, les autres, et c'est le plus grand nombre, nettement fusiformes. Les cellules rondes ne sont généralement pas pourvues d'un gros noyau ; quant aux cellules fusiformes leur noyau, fortement coloré par l'hématoxyline, apparaît très nettement, et leur protoplasma est granuleux. Dans les fentes mal limitées, parcourues par quelques fibres conjonctives issues des travées, les cellules rondes de volumes divers sont beaucoup plus nombreuses que les cellules fusiformes. Au voisinage des grandes travées, au contraire, les cellules fusiformes très allongées sont en plus grand nombre.

Pas de fibres élastiques, ni de vaisseaux particulièrement intéressants à signaler.

Nous avons revu la malade en janvier 1898, à son domicile, deux ans après l'opération ; elle était en parfaite santé sans trace de récidive. En avril, elle a souffert d'une ulcération superficielle de la langue, occasionnée par un chicot; l'avulsion de la dent mauvaise a suffi pour guérir le mal. Enfin, dans le courant du mois de juillet 1898, elle est venue nous consulter à l'Hôtel-Dieu pour une otite aiguë avec mastoïdite. Pas d'indice de récidive du sarcome opéré.

Quant au bourgeon douteux qui, quelques jours après

l'opération, avait fait craindre une récidive, il s'était affaissé sans laisser d'autres traces qu'une petite saillie dure et rosée, de la grosseur d'une tête d'épingle, saillie qui n'est le siège ni de douleur, ni de suintement sanguin.

La guérison s'est donc maintenue plus de deux ans et demi après l'opération et a de grandes chances d'être définitive.

Observation XXVIII *(inédite et personnelle)*

Sarcome à petites cellules rondes.

Victor D..., 43 ans, imprimeur. Le 1er janvier 1902, cet homme sent sur le bord droit de la langue un bouton de la grosseur d'un grain de mil auquel il ne prête d'abord pas d'attention. En quelques semaines, ce bouton grandit et prend les dimensions d'un gros pois. Le malade se décide alors à consulter un médecin qui pense à une lésion syphilitique malgré les dénégations formelles de l'intéressé.

Un traitement antisyphilitique intensif fut institué et ne donna aucun résultat.

Un mois et demi après l'apparition de l'accident primitif, le malade inquiet se soumit à l'examen de différents médecins dont le diagnostic resta en suspens.

Le 20 février, il fut examiné pour la première fois par M. le docteur Franchomme.

Examen. — Au niveau du bord libre droit de la langue et commençant à 4 centimètres de la pointe, existait une tumeur semi-dure, légèrement surélevée, de forme arrondie, de consistance uniforme. La surface externe de

la tumeur était brillante, mais non ulcérée, la couche épithéliale paraissait amincie. Pas de sensibilité au toucher ; pas de ganglions appréciables.

La présence du néoplasme occasionnait une certaine gêne dans les mouvements de la langue, tant pour la mastication que pour la parole. Mais cette gêne n'allait pas jusqu'à la douleur. Pas de troubles de la gustation : ce qui s'explique facilement étant donné le siège de l'affection.

Le malade persistant dans sa négation de tout antécédent syphilitique et le traitement déjà institué n'ayant donné aucun résultat, il fallait renoncer au diagnostic de syphilome de la langue.

D'autre part, les bons antécédents de l'intéressé éloignaient toute idée de tuberculose.

La présence d'un épithélium recouvrant la tumeur, l'absence de ganglions et de fissure superficielle, ne permettaient pas de penser au vulgaire cancer épithélial.

Le diagnostic était donc difficile.

Constatant qu'en un point de la mâchoire supérieure, correspondant exactement à la lésion linguale, il existait des débris irréguliers et coupants de dents cariées, M. le docteur Franchomme supposa que peut-être la tumeur était due à l'irritation chronique du tissu lingual occasionnée mécaniquement par ces fragments. Il en fit l'extraction, puis appliqua régulièrement pendant trois semaines, des badigeonnages de teinture d'iode sur la surface du néoplasme. Des lavages fréquents de la bouche avec une solution de chlorate de potasse à 5 °/₀ furent également ordonnés.

A la suite de ce traitement, il sembla que l'épithélium recouvrant la tumeur, devenait plus solide, mais le volume et la consistance de la tumeur même ne changèrent pas.

Le malade fut alors présenté à M. le professeur Augier,

qui crut à l'existence d'un néoplasme sans toutefois pouvoir en préciser la nature.

M. Franchomme en proposa l'ablation ; elle fut acceptée et pratiquée le 1er avril 1902.

Incision en V, sans anesthésie; quatre points de suture. Pas de curage ganglionnaire.

La plaie se réunit par première intention; les points de suture furent enlevés au bout de huit jours.

Examen histologique. — Après durcissement de la tumeur dans l'alcool, des coupes furent pratiquées par M. le professeur Augier, puis colorées à l'hématoxyline.

Examinées au microscope, elles donnèrent les détails suivants :

Le revêtement épithélial est régulier à la surface de la saillie enlevée; ce revêtement est plutôt aminci, les papilles en sont bien distinctes.

L'épithélium repose directement sur un tissu formé d'éléments jeunes qui forment par leur juxtaposition une plaque volumineuse dans laquelle on ne trouve pas de groupement spécial des éléments anatomiques. Ces cellules sont petites, arrondies, serrées les unes contre les autres et laissent peu de place pour une substance intercellulaire. Il n'existe en aucun point de stroma conjonctif ou autre.

De nombreux vaisseaux jeunes, embryonnaires, sont inclus dans ce tissu cellulaire sarcomateux et à un fort grossissement on retrouve çà et là mais difficilement quelques faisceaux musculaires.

A la périphérie de la partie infiltrée par les éléments cellulaires jeunes, les bords de la tumeur sont irréguliers; les éléments néoplasiques envahissent les muscles et orment des manchons autour des vaisseaux.

On trouve aussi à distance de l'infiltration cellulaire

principale des traînées volumineuses et des amas nodulaires assez réguliers.

Les plus volumineux sont inégalement répartis, mais toujours ces amas sont satellites de vaisseaux sanguins ou d'un paquet vasculo-nerveux.

L'infiltration cellulaire de la surface vers la profondeur à plus d'un demi-centimètre d'épaisseur (sans tenir compte de la rétraction alcoolique qui est d'un tiers).

En aucun point, il n'est permis de trouver des cellules géantes ou du tissu de nécrose ; il n'existe aucune orientation des cellules permettant de songer à la tuberculose.

Pas de foyer d'actinomycose. Pas de globes épidermiques ; aucun aspect épithélial.

L'examen histologique ne permet que l'hypothèse du sarcome.

Un mois environ après l'opération, au niveau de la ligne de suture, des plaques épaisses de leucoplasie apparurent et l'on put croire pendant quelques jours que la récidive se produisait.

Le malade fut de nouveau présenté à M. Augier qui conseilla l'emploi d'injections de cacodylate de soude auxquelles le patient ne voulut pas se soumettre.

La production des végétations épithéliales se limita et, sans autre traitement que les gargarismes habituels, disparurent complètement au bout de six semaines environ.

A cette époque, c'est-à-dire deux mois et demi après l'opération, la cicatrice était absolument parfaite et presque invisible.

Le malade mangeait et parlait comme à l'état normal.

Actuellement, un an après l'opération, la guérison reste complète et paraît définitive.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome de la langue est une tumeur rare, mais dont l'existence est bien démontrée.

Le médecin, découvrant une tumeur de la langue, doit y penser en établissant son diagnostic.

II. — En cas d'hésitation, les différents traitements, dirigés contre une tumeur supposée syphilitique, tuberculeuse ou traumatique, ne doivent pas être trop longtemps prolongés, s'ils ne donnent pas de résultats immédiats.

III. — L'intervention chirurgicale contre le sarcome de la langue donne généralement de bons résultats. Elle est en tout cas le seul traitement logique.

IV. — *En cas de récidive, il faut réopérer immédiatement; la guérison définitive peut survenir après plusieurs interventions.*

Nos	SOURCE ET OBSERVATEUR	AGE SEXE	DURÉE	SIÈGE	EXAMEN MICROSCOPIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTAT
I	TARGETT. — *Guy's Surgical Reports*, 1867.	2 ans. Masculin	7 semaines	Dos de la langue.	Sarcome à cellules rondes et fusiformes.	Ablation de la tumeur avec portion de la langue	Récidive 15 jours après l'opération. Mort.
II	HUTER. — *Berl. Klin. Wockenscrift*, 1869, p. 346.	? Féminin.	2 mois.	Milieu du dos de la langue.	Sarcome à petites cellules rondes.	Extirpation à cause de la rapide évolution.	?
III	JACOBI. — *The american Journal of obstetrics*, May 1869, p. 81.	3 mois. Masculin	3 mois.	Pointe de la langue.	Sarcome à cellules fusiformes.	Ablation à l'anse galvanique.	Bien portant 4 mois après l'opération.
IV	HEATH. — *Transact of the Path. Soc. of London*, 1869, vol. XX, p. 167.	60 ans. Masculin	6 mois.	Face inférieure de la langue.	Sarcome à cellules rondes.	Extirpation.	8 mois après l'opération pas de récidive.
V	TARGETT. — *Guy's Surgical Reports*, 1873.	10 mois. Masculin	3 mois.	Face inférieure.	Sarcome.	Extirpation.	?
VI	ALBERT. — *Wiener medic. Presse*, 1885.	56 ans. Féminin.	1 an.	Base de la langue.	Sarcome à cellules rondes.	Extirpation de la langue.	Mort au huitième jour de pneumonie.
VII	EVE. — *Transact of the Path. Soc. of London*, 1887, vol. XXXVII, p. 223.	?	?	Base de la langue.	Sarcome à cellules rondes.	Extirpation de la langue.	?
VIII	GODLEE. — *Transact of the Path. Soc. of London*, 1887, v. XXXVIII, p. 346	24 ans. Féminin.	5 semaines	Face inférieure.	Adéno-sarcome.	Ablation de la tumeur.	?
IX	SANTESSON. — *Virchow-Hirsch-Jahresbericht*, 1887, t. I. p. 280.	?	3 ans.	Bord droit de la langue.	Sarcome.	?	?
X	BUTLIN. — *Lancet*, 26 mars 1887, p. 623.	40 ans. Masculin	2 mois.	Côté gauche.	Sarcome à cellules rondes.	Ablation du côté gauche de la langue.	4 ans après l'opération pas de récidive.
XI	SCHULTEN. — *Finska Läkaresällskapets Handlinger*, 1888.	32 ans. Féminin.	1 mois.	Dos de la langue et épiglotte.	Sarcome.	Ablation de la tumeur.	2 mois après l'opération pas de récidive.
XII	MIKULICZ et MICHELSON. — *Atlas der Krankheiten der Mund and Rachenole*, II Helfte, Tafel XXXV.	24 ans. Féminin.	3 mois.	Dos de la langue.	Sarcome à cellules fusiformes.	Extirpation de la tumeur.	?
XIII	MIKULICZ et MICHELSON. — *Atlas der Krankheiten der Mund and Rachenhöle*, II Helpte, Tafel XXXVII.	57 ans. Masculin	6 mois.	Dos de la langue.	Sarcome à cellules fusiformes.	Amputation de la partie malade de la langue.	Récidives multiples. Bien portant après 2 ans.
XIV	PONCET. — *Lyon médical*, 1888.	32 ans. Masculin	8 ans.	Masse de la langue.	Sarcome à cellules fusiformes.	Ostéotomie de la mâchoire inférieure.	4 ans après l'opération pas de récidive.
XV	MANDILLON. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 nov. 1888.	19 ans. Féminin.	?	Face inférieure.	Sarcome.	Extirpation.	2 fois récidive. Guérison complète.
XVI	TARGETT. — *Guy's Hospital Reports*, 1888.	65 ans. Masculin	1 an.	Moitié gauche de la langue.	Sarcome à cellules rondes.	Ablation de la moitié gauche de la langue.	Après 2 ans, récidive des 2 côtés du cou et sous l'apophyse zygomatique.
XVII	MERCIER. — *Revue méd. de la Suisse romane*, 1890, n° 4.	36 ans. Masculin	8 ans.	Dos de la langue.	Sarcome à cellules fusiformes.	Extirpation.	Guérison en 5 jours. Malade non suivi.
XVIII	MAX SCHEIER. — *Berl. Klinische Wochenschrift*. 1892, p. 534.	28 ans. Masculin	6 mois.	Base de la langue.	Sarcome à cellules rondes.	Ostéotomie de la mâchoire inférieure.	2 récidives. Mort 11 mois après la 1re opération.
XIX	STERN. — *Deutsche med. Wochenscrift*, 1892, 2 juin.	4 ans. Féminin.	?	Bord droit.	Sarcome à cellules fusiformes.	Excision de la tumeur.	Récidive après 1 an 1/2.
XX	ONODI. — *Revue de laryngologie*, 15 octobre 1893.	17 ans. Féminin.	6 mois.	Base de la langue, côté gauche.	Fibro-sarcome.	?	?
XXI	PERMAN. — *Buffalo medical and surgical Journal*, 1894, p. 148.	30 ans. Féminin.	7 mois.	Racine de la langue.	Sarcome.	Injections de pyoctanine. Excision à l'anse galvano-caustique.	13 mois après pas trace de récidive.
XXII	DUNHAM. — *The american Journal of medical sciences*, sept. 1895, p. 259.	61 ans. Masculin	8 mois.	Bord droit.	Sarcome à cellules rondes.	Ablation de la tumeur.	?
XXIII	BARKER. — *Holmes System of Surgery*, vol. II. p. 576.	?	?	Dos de la langue.	Sarcome.	?	?
XXIV	BERGER. — *Revue de chirurgie*, 1897, p. 677 (Marion).	17 ans. Masculin	6 mois.	Bord gauche.	Sarcome à cellules fusiformes.	Ablation de la tumeur.	Guérison après 3 récidives.
XXV	LITTLEWOOD. — *Pathological Society of London*, 15 février 1898.	17 ans. Masculin	?	Tiers moyen.	Sarcome à cellules rondes.	Extirpation de la langue.	?
XXVI	LICHTWIG. — *Arch. internat. de laryngologie*, t. XI, p. 174, 1898.	25 ans. Féminin.	1 mois 1/2.	Dos de la langue.	Angio-sarcome.	Ablation de la tumeur.	Pas de récidive 2 ans après l'intervention.
XXVII	MELCHIER, ROBERT. — *Revue de chir.*, 1899, t. XIX, p. 545.	64 ans. Féminin.	2 mois.	Bord droit.	Sarcome à cellules fusiformes.	Excision de la tumeur.	Pas de récidive 2 ans 1/2 après l'opération.
XXVIII	FRANCHOMME (observation inédite).	43 ans. Masculin	7 semaines	Bord droit.	Sarcome à cellules rondes.	Excision de la tumeur.	Pas de récidive un an après l'opération.

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE